

Trabajo Fin de Grado

Análisis del Gasto Sanitario en España y Valoración ciudadana de los servicios

Autor

Sergio Castiella Sarasa

Director

Eduardo Sanz Arcega

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo
2020

Resumen

Este documento tiene como principal objetivo el desarrollo del gasto público en sanidad de España y ponerlo en relación con la valoración que hacen los ciudadanos ellos a través de las encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas. Se analizarán diversos determinantes que afectan al desarrollo del gasto sanitario en España, principalmente, por el lado de la oferta, de la demanda, la elasticidad renta, como se restringe la demanda de sanidad y que facetas de nuestro sistema sanitario actual deberíamos mejorar para hacer el mejor uso posible de los recursos.

Palabras Clave

Gasto Sanitario, determinantes del gasto sanitario, Centro de investigaciones sociológicas(CiS), Sistema de Salud, Descomposición del gasto

Abstract

This paper has as its main objective the development of public spending on health in Spain and to put it in relation to the appreciation that citizens make through the surveys of the Center for Sociological Research. Various determinants that affect the development of healthcare spending in Spain will be analyzed, mainly, on the supply side, demand side, income elasticity, how the demand for healthcare is restricted and what facets of our current healthcare system we should improve to do the best possible use of resources.

Key Words

Health expenditure, determinants of health expenditure, Sociological Research Center, Healthcare system
Decomposition of expenditure

Índice

1 Introducción	3
Sistemas de Seguro Sanitario Social (SS),	3
Sistemas Nacionales de Salud (SNS).....	4
2 Marco Teórico de la Intervención Pública del Estado.....	5
2.1 ¿Por qué interviene el estado en la economía?.....	5
2.2 Teorías de Intervención Pública.....	6
2.3 Causas del crecimiento real de los gastos públicos	7
2.3.1 Aumento del territorio y cambios de la población.....	7
2.3.2 Aumento de la Renta Nacional	7
2.4 Causas del aumento relativo del gasto público	8
2.4.1 Incremento por motivos políticos, económicos y sociales	8
2.5 Límites del gasto público	8
2.6 Restricción de la demanda de sanidad para controlar el gasto.....	8
3 Estudios Sanidad	10
3.1 Determinantes del Gasto Sanitario Desde la Demanda	10
3.1.1 Estructura por edades	10
3.1.2 Evolución de la población	10
3.1.3 Dispersión de la población.....	10
3.1.4 Copago.....	10
3.2 Determinantes por el lado de la oferta	11
3.2.1 Centros de Salud Primaria	11
3.2.2 Servicios hospitalarios y especiales.....	11
3.2.3 Personal Especializado (Médicos y enfermeros).....	11
3.2.4 Dotación Tecnológica	11
3.3 Determinantes desde la elasticidad-renta	12
3.4 Descomposición del gasto	14
3.4.1 Eficiencia de los sistemas sanitarios y ahorros potenciales en el gasto	15
3.4.2 Ahorros potenciales en el gasto sanitario mediante mejoras de eficiencia	15
3.4.3 El papel de políticas en la mejora de la eficiencia de los sistemas sanitarios.....	15
3.4.4 Prevención de la salud.....	16
3.5 Determinantes contextuales de la insatisfacción	16
3.5.1 Centrado en el tipo de atención.....	17
4 Gasto en Sanidad	18
4.1 Sanidad Privada.....	18

4.2 Análisis Gasto Sanidad pública.....	19
4.2.1 Elaboración del informe María del Carmen Rodríguez Blas	19
5 Cruce Gasto Sanidad con percepción ciudadana de la calidad del sistema Sanitario	21
6 Conclusión Sanidad	24
7 Conclusiones.....	25
8 Bibliografía.....	26
9 Anexos.....	27

1 Introducción

Como base se justificará por qué intervención del estado en la economía pública, cuáles son sus funciones y como contribuye a reducir las desigualdades y garantizar el estado de bienestar, con la explicación de diversos autores y corrientes de pensamiento sobre el nivel de intervención adecuado del estado y los mejores mecanismos para hacerlo.

El fin del trabajo es contribuir a un mejor conocimiento sobre a través de que partidas se realiza el gasto y su evolución, de las causas del aumento y disminución del gasto sanitario en nuestro país, que sirva como introducción a futuros interesados sobre el tema, con el objetivo final de ver a través de los datos objetivos, y de ligarlos a las reformas acontecidas y la evolución presupuestaria en cada año y poder explicar las causas y consecuencias de las mismas.

El objetivo final es buscar si existe una correlación entre la opinión de los ciudadanos sobre la calidad de nuestro sistema sanitario y el gasto presupuestario que se realiza y su evolución, tomando en cuenta trabajos sobre las variables que aumentan y disminuyen el grado de satisfacción con los servicios sanitarios.

Teniendo como centro de estudio la actualidad en España, se va a desarrollar la evolución del gasto público en sanidad atendiendo a su realidad práctica, esto es, los receptores de este gasto, como se distribuye a nivel de centros sanitarios, que partidas son las más voluminosas y cuanto se gasta en cada una de ellas, ya que será importante saber cuáles son las más y las menos importantes cuando la situación económica sea mala.

Conocer la situación actual del gasto público, nos ayudará a poder tomar medidas para enfrentarnos al duro reto demográfico y presupuestario que se va a producir a medio plazo por el envejecimiento de la población y el aumento de la tasa de dependencia y ver que políticas podemos aplicar de cómo se gestione afectará en mayor o menor medida al futuro del sistema de salud y como lo conocemos actualmente.

Hay que dar importancia a las cifras absolutas, aunque a priori conocer la cifra de gasto total no parece un dato muy aprovechable porque en si no da mucha información, ni es posible compararse a otros países ya que cada país tiene un producto interior bruto distinto, principalmente dependiendo de su población, pero está bien conocerlo para contextualizar con la recaudación de los impuestos y ser conscientes, de cuando se reporta un déficit presupuestario, sea de 10.000 Millones, 30.000 o 100.000 ser conscientes solo conociendo la cifra de la gravedad de la situación económica que tenemos delante.

Antes de empezar con el contenido del trabajo, debemos introducir los 2 sistemas sanitarios predominantes en el ámbito europeo, el modelo Bismark y el modelo Beveridge.

Sistemas de Seguro Sanitario Social (SS), o de corte *bismarkiano* (ya que fueron inspirados en la legislación social alemana de 1883) o sistemas profesionales. Están basados en una afiliación obligatoria general donde el Estado especifica las prestaciones incluidas y el suministro de servicios se reserva a fondos de aseguramiento con una autonomía y autorregulación relativamente alta por parte de los proveedores. Se financian por cotizaciones de empresarios y empleados, a través de un fondo de seguros, sin ánimo de lucro, no gubernamentales y la propiedad de los medios de producción, así como la producción de los cuidados de salud, es pública y privada. Han adoptado este sistema en Europa países como Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Holanda y Luxemburgo.

Sistemas Nacionales de Salud (SNS) inspirados en el Informe Beveridge de 1942, que formalizó la organización adoptada por Suecia en la década de 1930, cuyo fundamento es un acceso y cobertura prácticamente universal (libre acceso de todos los ciudadanos), con financiación impositiva (a través de los presupuestos estatales), un racionamiento implícito (existe una participación en el pago por parte de los pacientes), una provisión directamente regulada y profesionales empleados por el Estado, reconociendo para el sector privado un papel alternativo o residual y siendo las orientaciones ideológicas que sustentan la acción de los diferentes Gobiernos las que definen en última instancia el grado de intervención pública. Los países que han adoptado este sistema son Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Suecia y Reino Unido después de la II Guerra Mundial mientras que Grecia, Italia, Portugal y España lo hicieron en los ochenta.

Este sistema es el que tenemos en España, con ciertas particularidades, porque la gran parte de la gestión está cedida a las Comunidades Autónomas y estas tienen cierto grado de independencia a la hora de ofrecer estos servicios, pero también permite actuar a entidades privadas y obtener un beneficio recíproco.

2 Marco Teórico de la Intervención Pública del Estado

Richard Musgrave, en 1959 en su obra *La Teoría de la Hacienda Pública: Un Estudio en Economía Pública*, introdujo varios conceptos vitales para comprender la actuación del Estado en la economía, el más importante para este análisis, el bien preferente.

Bien preferente, es aquel tipo de bien de consumo privado que satisface necesidades de gran importancia por sus efectos positivos para el desarrollo de una vida digna no solo en el consumidor, sino que afecta positivamente a toda la sociedad.

La sanidad es un bien preferente de acuerdo a las 3 características que enunció Musgrave en 1959:

- La existencia de externalidades positivas en su consumo, lo que provoca que los consumidores no valoren todos beneficios derivados de su consumo y los demanden en cuantía suficiente
- El aspecto distributivo, la sanidad es una prestación que en un mercado sin intervención estatal las rentas más bajas es posible que no pudieran acceder a estos servicios, por su elevado coste y la incapacidad de ahorro
- La existencia de unas preferencias no acordes con el bienestar del consumidor debido a la falta de información o de una información incorrecta. El Estado puede realizar actividades públicas con el fin de cambiar estas preferencias (fomentar la prevención de los problemas de salud y el ahorro individual)

En esta misma obra enunció la “Teoría múltiple del presupuesto” que recoge los 3 objetivos de la intervención del estado en la economía.

- La asignación óptima de recursos, para lograr la consecución de la eficiencia económica y establecer las prioridades de la sociedad.
- La redistribución de la renta y la riqueza, ya que los fallos del mercado hacen que éste no funcione todo lo bien que debería y no se ajuste a ciertos niveles de justicia o equidad.
- La estabilización económica, para alcanzar unos niveles satisfactorios de crecimiento económico y evitar así el desempleo y la inflación.

2.1 ¿Por qué interviene el estado en la economía?

Hay 3 teorías fundamentales sobre la economía del bienestar:

- Teorema de la mano invisible. La idea principal aquí es que los mercados llevan al óptimo social por sí solo, por lo tanto, no se requiere la intervención del gobierno, y este debe adoptar únicamente políticas de “laissez faire” (dejar hacer) no intervenir en absoluto en los mercados ni en la economía en general. El problema de esta teoría es que precisa de una situación “óptima” en la que no existan “fallos de mercado” (ausencia de bienes públicos, ausencia de externalidades, existencia de mercados universales, economía perfectamente competitiva y que disponga de información perfecta) el problema es, que esta situación no se produce en la realidad.

- La economía centralizada, es aquella en la que los medios de producción están en poder del Estado y el mercado deja de repartir los recursos. La gestión y distribución de recursos se planifica por el Estado (planes quinquenales), donde se especifica detalladamente el suministro, los métodos de producción, los salarios, las inversiones en infraestructuras, etc.
- Intervención estatal, el Estado a través de normas se encarga de diseñar los instrumentos específicos para corregir la asignación de los recursos que el mercado por sí solo no consigue redistribuir de forma eficiente, especialmente de bienes preferentes. El objetivo es lograr una asignación de recursos a las rentas más desfavorecidas en un contexto en que a través del mercado libre no podrían obtener. Este sistema de intervención estatal es el que tenemos actualmente en España y en la mayoría de los países de Europa.

Los principales mecanismos de intervención pública son:

- Estructura legal básica
- Regulación de la legislación y normativa
- Provisión de servicios (sin producción)
- Provisión de servicios (con producción)
- Transferencias de renta

La redistribución de la renta de forma directa se desarrolla a través de programas de rentas mínimas, complemento salarial, renta básica universal, ingreso mínimo vital...

El nivel de eficiencia del Estado en la redistribución de recursos va principalmente ligada a la eficiencia productiva, eficiencia asignativa y eficiencia distributiva (La Economía del Control, 1944, Abba Lerner).

Eficiencia Productiva refiere a la asignación de los recursos productivos a fin de obtener el máximo de provecho de ellos, complementando está la eficiencia distributiva, en otras palabras, Lerner sugiere que no puede haber una verdadera eficiencia económica a menos que los productos de esas actividades sean distribuidos eficientemente. El grado de reducción de las desigualdades lo determinan el grado de aplicación de estas 3 normas y el nivel de intervención pública del estado, cuantos más recursos se inviertan eficientemente y cuanto mayor sea el grado de calidad de las políticas redistributivas más se reducirá la desigualdad entre la población, internacionalmente la medida estándar para medir la desigualdad es el índice de Gini.

El índice de Gini o es una medida económica que sirve para calcular la desigualdad de ingresos que existe entre los ciudadanos de un territorio, normalmente de un país.

El valor del índice de Gini se encuentra entre 0 y 1. Siendo cero la máxima igualdad (todos los ciudadanos tienen los mismos ingresos) y 1 la máxima desigualdad (todos los ingresos los tiene un solo ciudadano) La gráfica 1 muestra en qué grado consiguen los países reducir el nivel de desigualdad a través de las políticas de redistribución de la riqueza.

2.2 Teorías de Intervención Pública

Garantizar el estado de bienestar ha sido y sigue siendo un asunto de máxima importancia para las sociedades desde el fin de la IIGM hasta la actualidad. Son muy pocos los países desarrollados que no proveen a los ciudadanos de prestaciones sociales, educación, pensiones, sanidad...

El gasto público sobre el PIB es el del indicador más común para medir el nivel de intervención del estado sobre la economía.

Hay diversas teorías que hoy en día están muy presentes y se pueden observar con facilidad en nuestra sociedad:

El Estado debe utilizar recursos públicos para la defensa de la propiedad privada y el cumplimiento de la ley, esta idea la comparten el amplio espectro de los economistas, desde los minarquistas hasta los socialdemócratas, para garantizar la propiedad privada, el libre comercio y el cumplimiento de los contratos.

Entre los detractores de lo público se basan en la idea que entre el sector privado tiene productividad mucho mayor que lo público, y, por tanto, los salarios también crecen.

Los salarios se pagan en función de la productividad marginal y éstos son fijados por el sector privado, por lo tanto, en el sector público tendrá que pagar los mismos salarios que en el privado o no habrá trabajadores que deseen trabajar en el sector público, por lo que el Estado se ve obligado a aumentar salarios, a pesar de no haberse producido un aumento de la productividad, ampliando así aún más la ineficiencia del sector público.

Otros causantes del aumento del gasto ineficiente del gasto público son los grupos de presión, colectivos tanto de empresarios como trabajadores que tienen un gran poder de negociación, capacidad o movilización o por tratarse de un sector de la ciudadanía muy poblado ejerciendo presión sobre los gobernantes

Tampoco hay que olvidar el obvio y muchas veces ineficaz aumento del gasto por parte de los políticos al acercarse el periodo electoral, una práctica habitual en nuestras sociedades.

2.3 Causas del crecimiento real de los gastos públicos

2.3.1 Aumento del territorio y cambios de la población

El aumento del territorio implica el aumento de los gastos públicos por la necesidad de proveer de organización política y administrativa a nuevas regiones del país y atender a los servicios públicos (defensa, seguridad, salud, educación, etc.) además de efectuar las inversiones básicas (capital social básico). El aumento de la población también contribuiría al aumento del gasto público en términos absolutos, pero más importante sería ver como la nueva estructura poblacional obliga a redistribuir las partidas presupuestarias para ajustarlas a la nueva pirámide de población.

2.3.2 Aumento de la Renta Nacional

El crecimiento de la renta nacional implica que el Estado pueda aumentar sus funciones o mejorar la calidad de las actuales, como veremos más adelante, el aumento de la renta per cápita está fuertemente relacionado con el gasto destinado a sanidad.

Cualquier eventualidad que haya obligado a disminuir el nivel de gastos, ante la recuperación de niveles de renta previos, es muy probable que vuelva a ser provisto por el gasto público. Musgrave agrega que la combinación eficiente de bienes sociales y privados cambia a medida que se incrementa la renta per cápita, y este cambio implica una creciente participación de los bienes sociales. A medida que aumenta la renta de una familia cambia la estructura de su consumo, lo mismo hemos de esperar de la economía nacional.

2.4 Causas del aumento relativo del gasto público

2.4.1 Incremento por motivos políticos, económicos y sociales

La limitación por parte de las teorías liberales del rol del Estado en la economía impuso que el estado poseyera niveles de gasto menores que los actuales, otros estados influenciados por las teorías intervencionistas, especialmente a partir tras la II GM han contribuido al aumento sostenido del gasto público en el siglo XX, alcanzando niveles máximos en lo que llevamos de siglo XXI.

La transformación ideológica con la transformación de la sociedad y la influencia de las nuevas clases y grupos sociales. El crecimiento de las sociales democracias se desarrolló desde los años 50 hasta la crisis del petróleo de los años 70.

2.5 Límites del gasto público

Teóricamente se podría no establecer límites a los gastos públicos, porque aún con las herramientas de crédito público un país puede gastar más de lo que produce, aun no llegando a comprometer deuda para gastar, económicamente nada impediría que el 100% de la renta nacional se componga por gastos públicos. Hay diversas teorías sobre los límites que se deberían poner para limitar el gasto público:

- **Marginalistas (Utilidad Marginal Social)** El Estado deberá ampliar sus gastos hasta el nivel en que la ventaja social de un aumento de dichas prestaciones se vea compensada por el inconveniente social de un aumento correspondiente los impuestos.
- **Enfoque sobre la estabilización (Gangemi)** El Estado debe gastar hasta un cierto límite que se impone ante la posibilidad de agravar la presión tributaria y la necesidad de no crear un brote inflacionario (o inclusive una crisis de deuda).
- **Limitar el gasto ineficiente (Duverger)** Duverger sostiene que el Estado debe limitar ciertos gastos como los de la mera administración, los gastos improductivos de transferencia y las situaciones onerosas del Estado con respecto a aquellas actividades que resultan menos gravosas en manos de los particulares.

2.6 Restricción de la demanda de sanidad para controlar el gasto

Los servicios sanitarios, más allá del estudio teórico midiendo elasticidades, influencias de copagos, sistemas bismarkianos o Beveridge, se trata de un servicio esencial, así como la educación para el desarrollo de una buena calidad de vida, pero, como hacen los estados para lograr que un sector como el automovilístico (que no se trata de algo esencial para vivir) tenga más peso en el PIB que el sanitario, la respuesta es, restringiendo tanto la oferta como la demanda de servicios.

En Europa los gobiernos han controlado y restringido el gasto sanitario de la sociedad, nunca se ha dado a la sociedad civil la libertad total de demandar los servicios sanitarios que deseasen a la carta, en épocas de crisis se ha reducido el gasto, aun siendo una medida impopular y ha aumentado en épocas de crecimiento económico

En el modelo Beveridge, modelo que encontramos en España, Inglaterra, o los países nórdicos, el Estado recauda impuestos y financia con ellos un sistema sanitario gestionado por el Estado en el cual los proveedores están fuertemente vinculados al Estado, y reconoce un acceso universal a sus ciudadanos. De esta forma el Estado controla la mayor parte de la gestión de la salud de los ciudadanos, aunque, por ejemplo, en España, permite la actuación de la sanidad privada pero no ofrece grandes libertades a los ciudadanos para elegir centros de salud, hospital etc. Una fórmula de devolver esas libertades a la sociedad civil es la implantación del “cheque sanitario”, que consiste en ofrecer a los ciudadanos la opción de en vez de acudir

a un centro sanitario público, poder ir a uno privado y abonar únicamente la diferencia entre el importe del cheque y el coste. Sin implantar esta medida u otras para liberalizar el sector y fomentar la competencia, únicamente las rentas más altas pueden permitirse pagar un seguro médico privado a la vez que soportan los impuestos para financiar la sanidad pública pero no hacer uso de ella.

En el modelo Bismark los trabajadores son obligados a pagar una parte fija de su salario en contratar una mutualidad a su elección, la cual le costea los desembolsos derivados de acudir a los diversos médicos privados que necesite. Este modelo suele derivar en un mayor gasto y también de mayor calidad al fomentar la competitividad entre proveedores sanitarios. Los precios y las coberturas están reguladas por ley.

La evidencia que la restricción de la oferta sanitaria no casa con la demanda, es el existente gasto privado que hacen los ciudadanos en sanidad

En Estados Unidos, la limitación de este gasto es mucho menor, los ciudadanos poseen más libertad a la hora de elegir cuanta “sanidad” quieren y, de hecho, se incentiva, desde 1954, la exención en el impuesto sobre la renta y en las contribuciones empresariales a la Seguridad Social de los gastos asociados a la contratación de un seguro sanitario en favor del trabajador, de esta forma las empresas prefieren pagar en seguros médicos en vez de salario líquido.

3 Estudios Sanidad

3.1 Determinantes del Gasto Sanitario Desde la Demanda

Por el lado de la demanda, se analizará cómo se comporta el gasto sanitario en función de la demanda vamos a atender a 4 características básicas de la población demandante de sanidad; estructura por edades, evolución de la población, dispersión de la población y el copago.

3.1.1 Estructura por edades

El Gráfico 2 muestra el un patrón definido en el gasto de todas las comunidades autónomas, en el cual el periodo de edad de 0 a 4 años se da un gasto sanitario superior a los siguientes años y en mínimos hasta aproximadamente los 45 años, la causa obvia es que en los primeros años de vida se precisa de un seguimiento más intensivo de la salud a través de vacunas, revisiones periódicas.... Este gasto se eleva por razones evidentes, la salud es una condición física que va ligada a la edad y son estas personas de edad ya anciana o cercana, que ocupan la mayor parte del gasto sanitario.

Como veremos más adelante, la diferencia principal del gasto entre comunidades autónomas se explica en parte por decisiones políticas de distribución del gasto, pero principalmente por la diferencia de renta per cápita de las regiones y no tanto por factores demográficos

3.1.2 Evolución de la población

Evidentemente, si la población aumenta, los gastos también aumentarían, pero no en la misma proporción, en sanidad, si la población aumenta principalmente en grupos de mediana edad, como ocurre con la inmigración, como hemos visto, esos grupos de edad no suponen un gran gasto sanitario, aunque viendo la gráfica, se aprecia que existen muchas más causas sobre la variación del gasto sanitario, tal como recoge la gráfica 3.

3.1.3 Dispersión de la población

En la gráfica 4 llama la atención que existe una gran diversidad de distribución y dispersión poblacional en el territorio español, en Castilla y León que ocupa el 18,6% de la superficie española, el 87,90% de la población habita en municipios menores a 1000 habitantes, lo que refleja una población dispersa. Sin embargo, Andalucía, que tiene una superficie similar a la de Castilla y León, solo el 24% de la población habita en municipios inferiores a 1000 habitantes.

Esto es importante porque en función de la concentración de gente la oferta sanitaria es distinta, en poblaciones de menos de 1000 habitantes son comunes los consultorios y para las poblaciones de más de 10.000 habitantes es más común tener centros de salud.

3.1.4 Copago

La elasticidad-precio de la demanda de medicamentos prescritos, como concluye la literatura internacional, es baja y por tanto el copago no reduce «abuso moral» ni utilización; pero puede estar redistribuyendo la financiación entre el contribuyente y el paciente, cargando a éste con parte de los costes que antes asumía el primero.

El gasto medio anual financiado por el usuario se multiplicó por 2,2 para los de renta inferior a 18.000 euros anuales, y por 2 para los de renta superior en tan solo 1 año.

Una medida como el copago aplicada a los medicamentos no solo no contribuye a un menor uso, sino que reduce el papel redistributivo de la sanidad pública.

3.2 Determinantes por el lado de la oferta

Por el lado de la oferta, analizaremos cómo se comporta el gasto sanitario en función del:

- Centros de salud primaria (Consultorios y centros de salud)
- Número de hospitales
- Personal Especializado (Médicos y enfermeros)
- Equipos de tecnología

3.2.1 Centros de Salud Primaria

Los centros de salud son la tercera partida presupuestaria (14%) pero en ellos es donde se atiende la mayoría de las patologías de la vida de un paciente, y de estos también puedes derivar a un centro hospitalario para servicios más especializados, así que tienen una importancia mayor de la que refleja su presupuesto.

Hay dos tipos de centros de salud primaria, los consultorios, estructuras sanitarias pequeñas, no muy equipadas tecnológicamente, compuestas por un médico rural y que depende de un centro de salud, comunes en zonas poco pobladas y alta dispersión de la población y centros de salud, estructuras más autónomas y funcionales que posibilitan el desarrollo de una atención primaria de salud coordinada, permanente y continuada, con diversos profesionales sanitarios y no sanitarios.

La proporción de consultorios es mucho mayor como podemos ver en la gráfica 5, pero son los centros de salud donde se atiende a mayor cantidad de población son más eficientes que los consultorios por lo que su distribución por el territorio es más equitativa (Gráfica 6) para que haya disponible una atención sanitaria más especializada

3.2.2 Servicios hospitalarios y especiales

Hablando de gasto es la mayor partida presupuestaria (62%) el número de hospitales es de 453 porque en los servicios hospitalarios se requiere de una mayor proporción de personal, así como disponer de unas infraestructuras y tecnología muy especializados para desarrollar la más especialidad actividad sanitaria. La gráfica 7 muestra una comparativa entre las camas de hospital en relación con la población, es un medidor usado para la comparación entre territorios y la eficiencia de los hospitales

En cuanto a camas de hospital España tiene 3 camas de hospital por cada 1000 habitantes, similar a EEUU, pero muy lejos de las 6'5 de Francia u 8 de Alemania, aun así, este dato puede ser muy variable teniendo en cuenta las particularidades del sistema sanitario de cada país.

3.2.3 Personal Especializado (Médicos y enfermeros)

Médicos generalistas, en países como EEUU sólo un 12 por ciento de su población médica es generalista, frente al 50 por ciento de Francia o el 30 por ciento de Reino Unido, esto se explica parcialmente por los bajos salarios de estos médicos en comparación a los médicos con especialidad (Ver Tabla 1), la medicina es una carrera muy cara, tanto en tiempo como en dinero para estudiar y se intenta buscar el mayor rendimiento a esa inversión.

España tiene una buena proporción de médicos por habitante, por encima de la media de la OCDE (Ver Gráfica 8), aunque esta cifra se ha estancado bastante debido a la crisis y se prevé que se prolongue un déficit de médicos por habitante

3.2.4 Dotación Tecnológica

La dotación tecnológica es la segunda partida que más peso tiene, con un 16,53%, incluso más que los centros de salud, aparte del dato cuantitativo, merece la pena evaluar desde una perspectiva cualitativa este hecho,

y es que el avance en útiles y equipos médicos ha tenido una gran relevancia, ha sido uno de los factores que más ha ayudado a incrementar la esperanza de vida.

La gráfica 9 pone en evidencia la importancia de la tecnología en los presupuestos, a pesar de que el sistema sanitario haya sufrido recortes, no los repercutió en la misma proporción al gasto en tecnología.

3.3 Determinantes desde la elasticidad-renta

Existe una amplia literatura acerca de los determinantes del gasto sanitario y, sobre todo, acerca de la relación entre gasto sanitario per cápita y renta per cápita habiendo sido ésta profusamente analizada desde la publicación de los trabajos de Kleiman (1974) y Newhouse (1977).

La literatura previa argumenta que existe no sólo una fuerte correlación positiva entre los gastos sanitarios y la renta, ambos en términos per cápita de los países desarrollados, sino que la renta per cápita explica un alto porcentaje de la variación del gasto sanitario per cápita.

Parece entonces claro a la vista de la evidencia empírica que la renta agregada es uno de los factores más importantes en la explicación del gasto sanitario (Atella y Marini, 2004b).

El debate en la Economía de la Salud se ha centrado en si la elasticidad es mayor o menor que 1 (Bac y Le Pen, 2002). La elasticidad renta del gasto sanitario puede ser definida como el cambio porcentual en el gasto sanitario en respuesta a un cambio porcentual dado en la renta. Una elasticidad de la renta inferior a 1 clasificaría al gasto sanitario como inelástico a la renta y, por tanto, como un bien “necesario”. Por otro lado, una elasticidad mayor que 1 clasificaría a la sanidad como elástica a la renta y, por tanto, como un bien de “lujo”, esto implica que, si la elasticidad es mayor que 1, los gastos sanitarios se incrementarían más rápido que la renta, mientras que, si es menor que 1, los gastos sanitarios se incrementarían más lentamente que la renta.

La cuestión es: ¿cuál es la cantidad óptima de gasto sanitario en un país? Si bien la teoría económica propondría igualar el coste marginal al ingreso marginal, todavía habría que dar una respuesta más adecuada (Henderson, 2002) dado el problema de identificar un concepto de salud válido para el análisis económico y ser capaces de medirlo y valorarlo.

Las respuestas tienen importantes implicaciones de política económica en cuanto al comportamiento de los sectores público y privado y la financiación de la sanidad

Si centramos nuestro campo de acción en los trabajos más recientes sobre la materia podemos destacar:

- Newhouse (1977) mostraba en sus resultados una elasticidad renta del gasto sanitario mayor que 1, con valores entre 1.15 y 1.31 y concluía así que la atención sanitaria, técnicamente podía ser considerado como un bien de lujo.
- Leu (1986) utilizó datos de sección cruzada para 19 países de la OCDE en 1974 y encontró elasticidades que iban de 1.18 a 1.36.
- Parkin *et al.* (1987) utilizando métodos y datos similares desde 1980 encontró elasticidades-renta de 1.12-1.18.
- Brown (1987) utilizando una muestra de 20 países de la OCDE estimaba una elasticidad renta de 1.39.
- Gbesemete y Gerdtham (1992) estimaron el impacto de la renta per cápita en el gasto sanitario per cápita con datos de 1984 para 30 países africanos. Estos autores encontraron que la renta per cápita era el determinante más significativo de los gastos sanitarios. Asimismo, el coeficiente estimado para la renta per cápita era estadísticamente significativo y aproximadamente igual a la unidad.

- Gerdtham *et al.* (1992a y b) llevaron a cabo un ejercicio similar empleando datos de 1987 de 19 países de la OCDE, los autores encontraron una elasticidad de la renta de 1.33.
- Hitiris y Posnett (1992 para 20 países de la OCDE en 1960-1987 se encuentra una fuerte relación positiva entre el gasto sanitario per cápita y la renta en la línea de estudios anteriores, con una elasticidad renta cercana a la unidad mientras que la importancia de otras variables que no sean la renta indica que tienen un efecto bastante menor en la línea de lo sugerido en Newhouse (1977).
- Murthy y Ukpolo (1994) para Estados Unidos en 1960-1987 encontraban que la elasticidad renta del gasto sanitario no era significativamente diferente de 1.
- Hitiris (1997) con datos para 10 países de la OCDE en el período 1960-1991 mostraba elasticidades renta del gasto sanitario con valores que iban de 1.14 a 1.17.
- En Barros (1998) utilizando las mismas variables se conseguían resultados diferentes, el crecimiento de los gastos sanitarios, el envejecimiento, y la existencia de puerta de entrada al sistema no eran tan significativos como se pensaba. La única excepción era la variable renta, con una elasticidad baja pero cercana a la unidad.
- Gerdtham *et al.* (1998) con datos de 22 países de la OCDE en el período 1970-1991, aun habiendo introducido en su método otras variables como el número de médicos per cápita y el marco regulatorio, sólo la renta y el consumo de tabaco tenían un impacto significativo en el gasto sanitario. Los países con médicos de primaria como puerta de entrada al sistema tenían menores niveles de gasto sanitario (bajando los costes al 16%). La elasticidad renta era menor que uno (0.74), en contraste con otros estudios.
- Di Matteo (1998) examinando los determinantes del gasto sanitario de las provincias canadienses en el período 1965-1991 mostraban en sus resultados como la elasticidad renta del gasto real de dichas provincias en sanidad era de 0.77.
- Roberts (2000) utilizando datos de 10 países europeos para el período 1960-1993 encontraba que la elasticidad a largo plazo entre el gasto sanitario y la renta era en la mayoría de los casos 1.
- Ariste y Carr (2001) utilizando datos de gasto sanitario de las provincias canadienses en 1966-1998 mostraban como la elasticidad renta era de 0.88 y concluían diciendo que “los gastos sanitarios no representan un bien de lujo”.
- En Freeman (2003) para los años 1966-1998 en Estados Unidos, la elasticidad renta del gasto sanitario es de 0.817 a 0.844, por debajo de la unidad, lo que apreciaría que el gasto sanitario, incluso a nivel agregado, es un bien de necesidad.

De todos modos, el problema de la relación entre el gasto sanitario y su principal determinante (la renta) puede también depender de la naturaleza de los datos que están siendo examinados. Así, en trabajos como los de Getzen (2001) y en Di Matteo (2003) se argumenta que la elasticidad de la renta puede variar con el nivel de análisis. Este autor encuentra que las elasticidades renta individuales son en general cercanas a cero mientras que las elasticidades renta del gasto sanitario a nivel nacional suelen ser mayores que 1. Es decir, se plantea el hecho de los diferentes resultados obtenidos para la elasticidad renta como concepto más del ámbito micro que del macro, a pesar de su también utilización en este segundo contexto.

Los resultados muestran que el factor más importante en la explicación del volumen de gasto público sanitario es la renta con elasticidades superiores a la unidad en muchos casos mientras que otros factores de demanda y de oferta, así como el tipo de sistema sanitario o su grado de descentralización son menos importantes.

El análisis de los gastos sanitarios en la Unión Europea revela una elasticidad renta de 0.88-1.04 cuando se controla tanto por variables de demanda como de oferta y de 0.97-1.12 cuando se hace esto mismo teniendo en cuenta el impacto de la descentralización sanitaria

Ello se explicaría por el hecho de que los resultados de algunos trabajos de ámbito internacional con elasticidades renta superiores a la unidad están basados principalmente en estudios de sección cruzada para un único año en donde la renta estaría recogiendo no sólo las diferencias en cantidad sino también las diferencias en el coste relativo de los servicios sanitarios entre los países.

También es necesario señalar las implicaciones de política económica que se derivan de la investigación realizada. En primer lugar, averiguar para el caso europeo la influencia real de cada uno de los factores anteriormente señalados. Por ejemplo, se necesita un análisis más profundo para así conocer cuál es exactamente el impacto de una población más envejecida sobre el gasto sanitario y si éste se concentra en el extremo más elevado de edad (la denominada “cuarta edad” para población con edades superiores a 75 años).

En la literatura relativa a la Economía de la Salud, el cambio tecnológico puede definirse como un cambio en el stock de conocimiento relativo a los tratamientos asistenciales. Así, diversos trabajos sobre gasto sanitario no sugieren que los nuevos tratamientos reduzcan el gasto sanitario, sino que los retornos compensan con creces el gasto.

3.4 Descomposición del gasto

Como ya hemos visto, existen diversos determinantes del gasto sanitario; demografía, renta per cápita, estructura de edad... En el siguiente apartado vamos a ver la descomposición del aumento del gasto en los últimos años, para poder ser capaces de anticiparnos a las situaciones de peligro que pueda correr nuestro sistema sanitario.

El aumento de la esperanza de vida hay que verlo también atendiendo a la calidad de vida de ese periodo, y en qué grado el gasto intenso en sanidad se traslada “la cuarta edad” (75 años o más). Actualmente la mayor parte del gasto se concentra en los últimos años de vida, por lo que tenemos que aspirar no solo a aumentar la esperanza de vida, sino a hacerlo con una mayor calidad de vida.

En cuanto a los factores no demográficos, la literatura enfatiza que la tecnología y otros factores de oferta y de demanda habrían jugado también un papel muy significativo a la hora de explicar los incrementos del gasto sanitario en el pasado (Getzen, 2000). En concreto, se argumenta que el progreso tecnológico aumenta la variedad y la calidad de los productos sanitarios y de los tratamientos, que resultan más costosos en ocasiones. Ya hemos visto el ejemplo en el caso de España, que, a pesar de la reducción del gasto sanitario total, el destinado a tecnología no se redujo.

Con el objetivo de analizar los factores que se encuentran detrás del crecimiento del gasto público sanitario, se puede descomponer este en tres grupos de factores: los demográficos, los derivados del aumento de la renta per cápita y, un factor residual que englobaría factores de oferta tales como la evolución de los costes y los precios de los tratamientos (Ver Gráfica 10)

De acuerdo con esta información, del crecimiento anual del gasto en sanidad per cápita en los países de la OCDE en el periodo, de alrededor del 6%, una parte significativa se debió al incremento de la renta per cápita (con una aportación del 52%) y de los factores residuales (44%), mientras que el factor demográfico tuvo una

aportación mínima. España muestra una descomposición del crecimiento del gasto sanitario similar a la media de la OCDE

Estas descomposiciones pueden ser también utilizadas para efectuar proyecciones de largo plazo del gasto sanitario per cápita. Esto es especialmente relevante en un contexto como el actual en que, de acuerdo con las estimaciones disponibles, se prevé un progresivo envejecimiento de la población en los países desarrollados, que aumentará de forma significativa las tasas de dependencia, lo que, de acuerdo con los argumentos anteriores, tendería a aumentar el gasto sanitario. (ver tabla 2)

3.4.1 Eficiencia de los sistemas sanitarios y ahorros potenciales en el gasto

Parece evidente que el gasto sanitario aumentará, en mayor o menor medida, pero todos los escenarios contemplan un aumento del gasto, frenar esa subida pasa, en parte por mejorar la productividad de nuestro sistema sanitario, aumentar los outputs manteniendo el nivel de gasto actual.

En el caso particular de la eficiencia sanitaria surge, en primer lugar, la dificultad de definir el output, si bien la literatura parece haber consensuado la esperanza de vida (libres de discapacidad) como variable más adecuada para aproximar el output en la función de producción sanitaria

En el informe del banco de España, se analizan dos enfoques alternativos para la medición de la eficiencia: el análisis envolvente de datos (DEA) y el enfoque de frontera estocástica (SFA) (Ver Gráficas 11 y 12)

Según el análisis DEA la frontera eficiente se sitúa un 1,5% por encima de la de España, lo que puede interpretarse como que, si España utilizara de forma óptima sus recursos en el proceso de producción sanitaria, podría obtener una mayor esperanza de vida dados los recursos que actualmente consume.

Según el índice SFA, el país más eficiente en la producción sanitaria es Japón (que ocupaba el cuarto lugar según el índice DEA) mientras que España ocupa la séptima posición (según el índice DEA estaba en la posición decimosegunda).

3.4.2 Ahorros potenciales en el gasto sanitario mediante mejoras de eficiencia

Dadas las diferencias observadas entre países en los niveles de eficiencia sanitaria, se puede argumentar que, si un país utilizase los recursos sanitarios del modo más eficiente posible, podría “producir” el mismo output sanitario (esto es, la misma esperanza de vida) con menor cantidad de recursos, en concreto, con un menor gasto sanitario.

Actualmente en España un aumento de 1% en la eficiencia sanitaria se trasladaría en una mejora en la esperanza de vida del 0,71% frente a una mejora de 0,06% que resultaría de aumentar el gasto sanitario en un 1%, por lo cual merece mucho más la pena buscar la eficiencia productiva que aumentar el presupuesto indiscriminadamente visto que su utilidad marginal es mínima.

Con estos dos índices obtenemos estos dos gráficos sobre el potencial ahorro de nuestro sistema sanitario. Las Gráficas 13 y 14, nos muestran desde dos valoraciones, el margen que podemos ahorrar buscando una mayor eficiencia en el gasto actual, así que deberemos tratar las políticas de nuestro sistema sanitario que no sean las más eficientes y lograr su mejora.

3.4.3 El papel de políticas en la mejora de la eficiencia de los sistemas sanitarios

A la vista de los ahorros potenciales que parecen deducirse de una mejora de la eficiencia de los sistemas sanitarios, la siguiente cuestión es viendo la Gráfica 15 cuales son los aspectos que más utilizamos y el margen de mejora que podemos obtener.

El gráfico sobre las políticas activas en nuestro país, podemos apreciar varias políticas de actuación:

- Copago, En España, como ya hemos visto no reduce el posible abuso de medicamentos, sino que su principal repercusión es el traslado del gasto a costa del contribuyente al usuario.
- Competencia en la provisión, esto supondría un gran cambio en el sistema productivo de salud, y tampoco parece que tengamos un grave problema de ineficiencias por la producción de los servicios sanitarios (según análisis DEA y SFA)
- La cobertura privada está ya parcialmente desarrollada, pero se ha mantenido bastante estable en los últimos años, si no se hacen reformas previsiblemente se mantendrá así
- Incentivos a generar servicios, parece una política a potenciar junto al control de objetivos, primar a los trabajadores y a los directivos para lograr resultados excelentes podría mejorar nuestra eficiencia sanitaria.

3.4.4 Prevención de la salud

La población depende en exceso del sistema sanitario; mejor dicho, del complejo médico-hospitalario-farmacéutico (Herce y Molina, 2000), o lo que es lo mismo, de un sistema que privilegia la curación antes que la prevención, debemos aspirar a que determinadas políticas preventivas, comportamientos saludables sean parte de la cultura de la población y que demandar estos servicios esté ligado a nuestra vida cotidiana. Estos hábitos que debemos incorporar, tienen un menor coste, en otras palabras, se trata de sustituir la demanda actual de servicios del sistema sanitario por una orientada a la prevención de enfermedades.

El cambio necesario en los comportamientos (dieta, hábitos saludables, deporte, etc.) ha de concentrarse en los jóvenes y gente de mediana edad, es decir, los futuros adultos, de manera que junto al envejecimiento que se anticipa (especialmente la generación de 1955-1975 que será muy concentrado) se produzca la llegada de individuos más sanos y, por lo tanto, menos dependientes del complejo sanitario.

Un mayor nivel educativo está asociado, independientemente de la renta, con un mejor estado de salud. La educación hace a los individuos más conscientes de los riesgos de determinados comportamientos y les lleva a evitarlos.

3.5 Determinantes contextuales de la insatisfacción

Relevancia del contexto socioeconómico y sanitario en la satisfacción del paciente, este estudio se centraba en buscar que factores influían en la satisfacción del paciente y sacaron bastantes conclusiones sobre la influencia de las características del entorno, en concreto la tasa de población sin estudios, el producto interior bruto y la inversión en sanidad

- Los resultados del estudio confirman la influencia de variables contextuales sobre la satisfacción que tiene el usuario respecto a la atención sanitaria, es decir, que las variaciones en la satisfacción del paciente se explican, en parte, por factores que van más allá de las características individuales y de la atención recibida.
- El estudio de la satisfacción de ámbito poblacional incluye a usuarios tanto reales como potenciales de los servicios de salud, no se puede descartar que esta dependa en gran parte de la valoración percibida de las políticas sociales y económicas locales, y que esta percepción sea más favorable en las áreas con mejor nivel económico.
- Por el contrario, el PIB per cápita, el índice de cobertura total del SNS y el gasto per cápita en servicios sanitarios se relacionan de forma directa con la satisfacción
- Se ha evidenciado también que un indicador de la organización de los servicios sanitarios como es el gasto per cápita en el sector sanitario se asocia con una mayor satisfacción de la población.

- También se ha señalado que existe una relación directa entre la satisfacción del paciente y los derechos en salud, tales como la disponibilidad y la accesibilidad a los servicios. De hecho, en un estudio de revisión de la literatura científica se encontró que la accesibilidad a los servicios de salud era un factor importante y constante de la satisfacción del usuario.
- Las personas residentes en comunidades autónomas con altas tasas de población sin estudios y tasas notables de paro de larga duración se mostraron insatisfechas con mayor frecuencia que aquellas de comunidades autónomas con tasas inferiores.
- Individualmente se reconocen factores como la edad, el sexo, la salud mental, la enfermedad crónica, la limitación de las actividades diarias.
- La ratio de consultorios de salud por número de habitantes, este último es importante ya que se ha visto en muchos estudios.

3.5.1 Centrado en el tipo de atención

Destacar cómo la satisfacción con las actuaciones del médico tanto si este es de atención primaria como si es especialista, es mayor que la satisfacción con el SNS en general, de modo que la valoración de los médicos se sitúa en las escalas superiores de satisfacción, especialmente la ratio de médicos especialistas por habitante.

Se vuelve a repetir la apreciación del estudio anterior con respecto al nivel de estudios, cuanto mayor es el nivel de estudios se muestra un nivel mayor de satisfacción con el sistema en general, pero estas personas se vuelven más exigentes con el médico en particular.

En general, puede afirmarse que la mayor utilización implica una mayor satisfacción, como ocurre con los ingresos hospitalarios y con la atención ambulatoria, sin embargo, si la estancia media hospitalaria se prolonga hace disminuir la satisfacción, así como el número de intervenciones quirúrgicas, el uso de los equipos de TAC y la frecuencia de consultas especializadas, lo que puede explicarse como respuesta a un servicio insatisfactorio, de modo que la insatisfacción podría entenderse como resultado de la necesidad de continuar usando servicios, coincidiendo con el anterior estudio mostrando que las enfermedades crónicas generan insatisfacción. (Ver Gráfica 16)

4 Gasto en Sanidad

Existe debate sobre si habría que abrir el mercado a la sanidad privada y hacer una transición de la producción (que no de la provisión) hacia un sistema como en los países noreuropeos

El informe Euro Health Consumer Index de 2016 nos coloca en el puesto 19 de sistema de salud, ¿Por qué? Porque este informe premia más la calidad de los servicios, el acceso rápido, y no sobredimensionan el criterio de universalidad, como hacen otros informes que nos colocan en una mejor posición.

Nuestras asignaturas pendientes; acceso a la atención primaria el mismo día que se solicita (con o sin cita), acceso directo al especialista sin volante del médico de cabecera, espera para operaciones quirúrgicas no urgentes, espera para tomografías computarizadas no urgentes, alto consumo de alcohol, uso irresponsable de antibióticos y accesibilidad (tiempos de espera) y lo que es peor, lo asocia a un error de gestión y no a una falta de recursos, no existe correlación entre presupuesto y listas de espera.

Los más liberales abogan por el sistema Bismark, ya que defienden que la cobertura sanitaria sea ofertada por numerosas organizaciones, hará competir a estas por los demandantes, haciendo mejorar el sistema en eficiencia y en calidad, y que solo así, a través de la competencia y el ánimo de lucro, se fomenta la contratación al tipo de gestores de primera línea que requieren organizaciones tan complejas se consigue la mayor eficiencia en el gasto y desarrollo de las nuevas tecnologías.

Los detractores del sistema Bismark defienden que este sistema es el paso previo a la privatización por completo del sistema sanitario y la falta de cobertura para las personas que no están en situación de alta

Actualmente en España impera el sistema Beveridge, para el autor del Euro Health Consumer Index este sistema, solo tiene éxito en países pequeños como Islandia, Noruega, Dinamarca, pero “fracasa” en grandes como Reino Unido, Italia o España.

En la gráfica 17 podemos ver una comparativa entre países de la Unión Europea, comparando el gasto en salud, gasto público, esperanza de vida y satisfacción, separando entre sistemas nacionales de salud y sistemas de seguros sociales.

4.1 Sanidad Privada

No hay que olvidar que no toda la Sanidad que se produce es de carácter público, la sanidad privada en España tiene un papel importante en la prestación de servicios, atacar, desincentivar o incluso prohibir la sanidad privada nos haría enfrentar un problema de unas dimensiones muy importantes en términos presupuestarios.

Tal como muestra la gráfica 17, el gasto en sanidad privada representa alrededor del 2'5% del PIB y entre 40-45% del gasto en sanidad pública, esto también implica que la sanidad privada descomprime las listas de espera de la sanidad pública, porque de no existir esta, los usuarios de la privada acudirían a la pública, desbordando la demanda y congestionando aún más unas ya largas listas de espera. Este argumento podría ser replicado aludiendo a que la sanidad privada también se nutre parcialmente del presupuesto público a través de los conciertos y estas realizan derivadas del ámbito público, esto no solo es positivo para la descompresión de las listas de espera, sino que el hecho de tener una “producción variable” de los servicios sirve en primer lugar, para no tener que hacer unas aún más altas inversiones en infraestructuras, en equipo médico y personal, y en segundo lugar para no tener que asumir estos costes en situaciones de baja demanda de servicios, aun con todo esto, solo el 11% gasto sanitario público se destina a la partida presupuestada de conciertos.

El 5% de las intervenciones que se realizan en Aragón por el Sistema Nacional de Salud son derivadas a clínicas privadas. Según recoge el Boletín Oficial de Aragón, en los presupuestos del último año se contempló para tal fin una partida de 44 millones. Esta cifra como hemos visto durante todo el trabajo, varía y mucho entre las comunidades, especialmente en Cataluña, que se dedicó un 25% del presupuesto a derivar atención a la sanidad privada, muy lejos de la segunda, la comunidad de Madrid que destina el 12%

Con la llegada de la crisis el gasto privado en sanidad disminuyó ligeramente en el periodo del 2008 al 2009 pero desde ahí ha crecido a un ritmo constante de entre 400 a 600 millones de euros anuales hasta llegar a los 28.858 millones en 2016 siendo un 25% más que en 2007. Este sector no ha sufrido caídas de ingresos a la par que la economía en los peores años de recesión económica, ya que se trata de un sector vinculado a rentas más altas de la media que no sufrieron tanta pérdida de poder adquisitivo (Ver Gráfica 17)

En cuanto al gasto sanitario privado, el de España es de los más altos de la OCDE. Solo está superado por Suiza, Portugal y Polonia. La media de la OCDE es de 26,5% del gasto sanitario. Muchos de los países de nuestro entorno se sitúan por debajo de la media. Es el caso de Holanda, con un 19%, Francia, con un 17,1% o Alemania con un 15,4%. (Ver Gráfica 18)

Aun con estos datos que reflejan el gasto sobre el PIB en sanidad hay muchas más variables que influyen en un buen sistema sanitario. Como Ejemplo podemos tomar EEUU un país que tiene un sistema sanitario muy problemático y polémico a pesar de superar ampliamente a todos los países europeos en gasto en sanidad sobre el PIB y gasto per cápita. (Ver Gráfica 20)

4.2 Análisis Gasto Sanidad pública

El desarrollo de la sanidad a través de las Comunidades Autónomas se encuentra recogido en el artículo 148.1 1ª, estas recogen el casi por completo el gasto que se realiza. Las leyes principales que desarrollan la sanidad en España son; Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

(Ver Gráfica 20) España ha aumentado su gasto en sanidad per cápita, llegando a los 2.947 euros, aun así, el gasto está lejos de la media de los países de la OCDE, que se sitúa en los 3.540,15 euros, un 17 % más que lo que se destina en nuestro país. Nuestros países vecinos, Portugal y Francia, destinan el 9,1% de su PIB y el 11,5% de su PIB respectivamente. Alemania un 11,1%, y Reino Unido un 9,8%.

En el informe a continuación las diferencias entre la cifra de gasto en la sanidad se pueden deber a que la sanidad es una competencia cedida a las comunidades autónomas en casi la totalidad del gasto, sin embargo, el estado se reserva una cantidad de alrededor de 4.000 millones de euros para hacer frente a imprevistos y la gestión de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. (Ver Gráfica 21)

4.2.1 Elaboración del informe María del Carmen Rodríguez Blas

El informe hace un desglose exhaustivo de la distribución del gasto, tanto en términos absolutos como relativos, atendiendo a la distribución por territorios autonómicos, pero lo más importante es ver en qué se gasta (personal, tecnología...) y en qué tipos de centro (hospitales, centros de salud) se gasta más para poder evaluar su eficiencia

En las gráficas 20 y 21 se muestra el gasto sanitario público desde 2013 a 2017 que supuso 68.483 millones de euros, lo que representa el 5,9 por ciento del producto interior bruto (PIB). El gasto a 1.472 euros por habitante. Este dato de 1472 difiere de los casi 3000 mencionados en la comparativa con la OCDE porque aquí se está hablando de gasto por habitante y no per cápita. (Ver Gráfica 21)

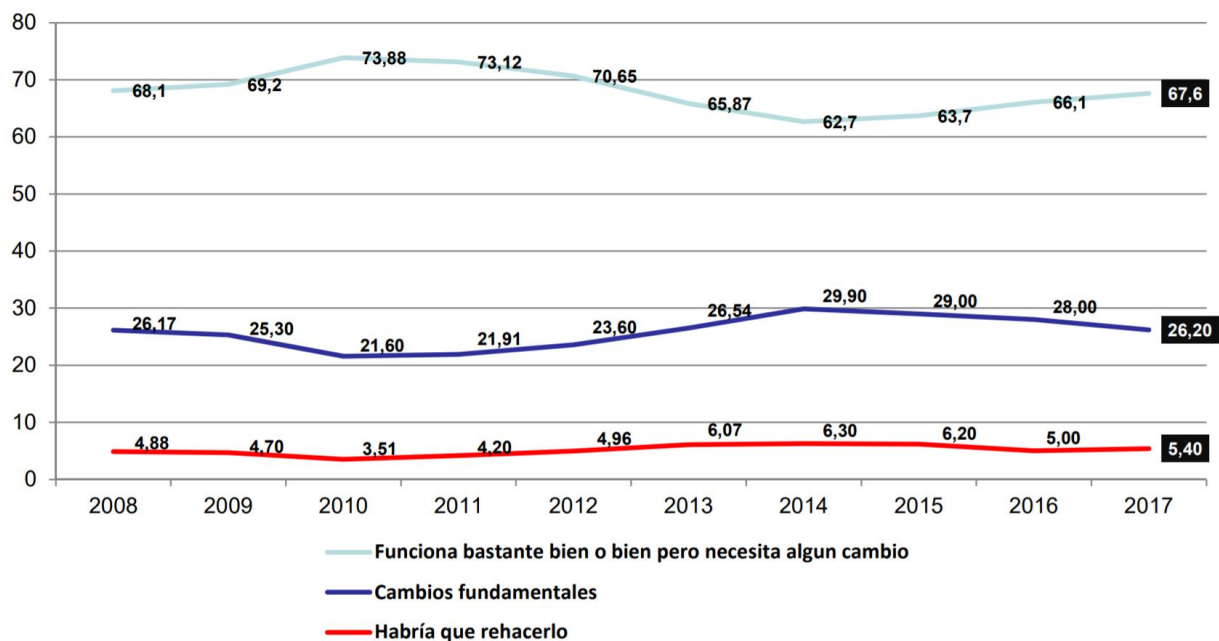
- Transferencias corrientes, son los recursos que el Estado transfiere a otros organismos y administraciones para garantizar la prestación de sus servicios o el desarrollo de sus políticas, se repiten todos los años.
- Conciertos, se trata de acuerdos entre la sanidad pública y la privada para que los centros privados realicen parte de las operaciones con el fin de descargar las listas de espera. Estos conciertos supusieron un 11% del gasto en sanidad, pero hay una gran disparidad entre comunidades autónomas en el uso de estos conciertos, Cataluña es la autonomía que más recursos dedica a esta partida (25,1%), seguida de Madrid (12,4%), Aragón es de las que menos gasta un 4'2 %. Estos acuerdos suponen un 26% de la facturación de la sanidad privada.
- Consumo intermedio, el material sanitario para poder prestar servicios.
- Consumo de capital fijo es el montante de los activos fijos consumidos durante el período considerado como resultado del desgaste normal a causa del uso normal

(Ver Gráfica 22) Este desglose nos debe hacer percatarnos de bajo gasto en atención primaria con respecto a los servicios y gastos hospitalarios, estudios y encuestas de satisfacción han demostrado como repercute de forma positiva a aumentar la calidad de la sanidad la utilización de servicios primarios, España debería reorientar gran parte de su esfuerzo presupuestario a la medicina preventiva en vez de curativa, tanto por la calidad de vida que reporta a los ciudadanos sino por la eficiencia presupuestaria, que va a ser de mucha importancia en los próximos 30 años, cuando se estima que tendremos una pirámide poblacional con forma de campana. (Ver Gráfica 23 y 24)

5 Cruce Gasto Sanidad con percepción ciudadana de la calidad del sistema Sanitario

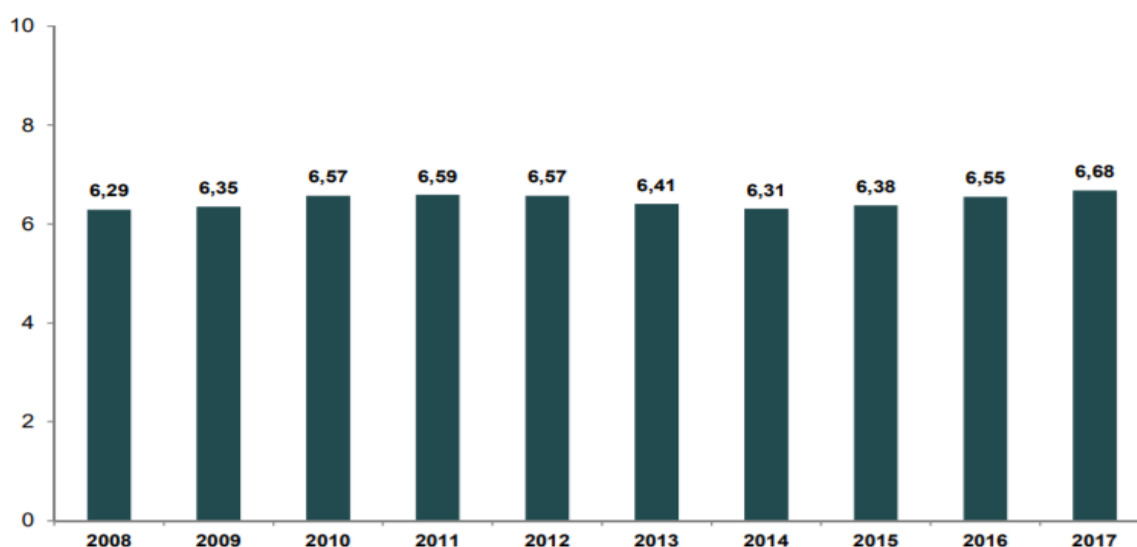
A continuación, vamos a tratar el objetivo final del trabajo, que consiste en cruzar la evolución presupuestaria de las partidas en sanidad pública con las valoraciones que hacen los ciudadanos en las encuestas del Centro de Investigaciones sociológicas para ver qué grado de correlación hay entre ellas

Gráfica 25. Valoración ciudadana sobre la estructura del Sistema sanitario



Fuente: Barómetro Sanitario 2017

Gráfica 26. Valoración ciudadana sobre la satisfacción con el sistema sanitario



Fuente: Barómetro Sanitario 2017

Tabla 3. Cruce Valoraciones del CiS con evolución presupuestaria

	2008/07	2009/08	2010/09	2011/10	2012/11	2013/12	2014/13	2015/14	2016/15	2017/16
Variación €	10,9	5,7	-1,7	-2,1	-5,7	-3,7	0,4	6,1	1,4	2,7
Variación Estructura CiS	1,62	6,76	-1,03	-3,38	-6,77	-4,81	1,59	3,77	2,27	
Variación Servicios CiS	0,95	3,46	0,30	-0,3	-2,44	-1,56	-0,47	2,66	1,98	
CCAA	11,56	5,80	-1,01	-1,93	-5,72	-3,85	0,60	6,39	1,47	3,00
Locales	6,89	10,72	-21,07	-9,25	-13,37	-12,47	-5,44	4,80	-2,30	-8,10
Central	3,23	29,90	-24,14	-5,45	-14,09	-4,99	-15,72	1,26	-1,90	7,66
Mutuas	6,26	4,76	0,61	-0,82	1,45	0,95	0,79	2,28	1,35	-3,27

Sobre la comparativa del año 2007 a 2008 no hay datos porque ese año el CiS cambió sustancialmente la metodología

Fuente: Elaboración propia con datos de la IGAE y CiS

Podemos buscar dos correlaciones con la evolución de las opiniones del CiS, la primera con respecto a si hace falta un cambio estructural del sistema o su adecuado funcionamiento en líneas generales (Gráfica 25), por otro lado, podemos buscar la correlación con las notas de satisfacción con el actual sistema sanitario (Gráfica 26)

Cruzando los datos del Barómetro Sanitario del CiS la evolución de la nota que los ciudadanos españoles ponen sobre las reformas a acometer o no en nuestro sistema sanitario con se construye esta gráfica que muestra, llegando al máximo con una puntuación de 73'88 (notas sobre 100 puntos) en 2010 y con un mínimo en el año 2014 con una puntuación de 62'7.

El cruce se ha realizado con la variación del gasto total en sanidad, aunque sean las comunidades autónomas quienes realizan casi la totalidad del gasto sanitario, a simple vista se ve que no existe una correlación directa entre las notas del CiS y los otros proveedores de "salud" como el gobierno central o las entidades locales, que al ser presupuestos tan pequeños al sufrir un recorte o un aumento tienden a tener variaciones interanuales muy notables.

El hecho de que existiese una correlación entre la satisfacción con la sanidad en las encuestas del CiS con los presupuestos de una partida que no sea la de las comunidades autónomas sería fruto de la casualidad, ya que están son las que llevan casi la totalidad del gasto en sanidad.

Cabe destacar de forma muy importante como hay diversos años en los que no hay un reflejo de los recortes aplicados por Zapatero en sus últimos años de legislatura (2010 y 2011) en los que ya se estaba recortando el gasto en sanidad, pero la opinión de los ciudadanos no reflejaba una bajada en la calidad de los servicios sanitarios, sino todo lo contrario, llevando a la máxima nota en 2010, un año en el que ya se redujo el gasto en sanidad en casi un 2%. Posteriormente tras otro año de recortes, los cuales sumaban un acumulado en 2 años del 4% del gasto se redujo de 73'88 a 73'12 (1%)

Es curioso ver como a partir del año 2012, en él se produce un cambio de gobierno esta opinión sobre el sistema sanitario comienza a caer.

Cruzando los datos con la herramienta de google, Google Trends, podemos ver las búsquedas en internet sobre estos recortes, refleja un aumento exponencial desde principio de 2012, con la llegada del Partido Popular al gobierno, pero no antes, siendo que en 2010 y 2011 ya se experimentaron recortes.

Que se podría sacar en conclusión de aquí, que el interés de los ciudadanos en sus búsquedas a través de internet no va exclusivamente relacionado a los recortes presupuestarios y que este crecimiento también se puede deber a la influencia mediática tanto de los medios tradicionales (televisión, radio y prensa) a la que la población se vio sometida, la introducción del mensaje político a través de las redes sociales, que hoy en día son un altavoz muy grande del mensaje político, sobre todo entre los jóvenes. Ambos medios, pero sobre todo las redes sociales, que tienen una gran facilidad de difusión de noticias que generalmente el perceptor asume como verdad y no contrasta acudiendo a datos objetivos.

Tras esto llegan 2012 y 2013, años en los cuales el partido popular sí que acometió recortes importantes en el gasto público y fielmente se reflejó en la percepción de los ciudadanos, reduciéndose en un 3'5% la buena opinión del sistema sanitario, de hecho, algo menos que el recorte que supuso. En 2013 continuaron los recortes presupuestarios, que esta vez no fueron tan grandes como en el ejercicio anterior, un 3'7% pero en este año se produjo una gran bajada en la satisfacción con el sistema sanitario de casi 7 puntos porcentuales con respecto a 2012, esto se puede explicar de diversas formas; la influencia mediática y popular en contra de los recortes, seguía haciendo efecto en la población, pero es más plausible entender que el disgusto fuese creciendo porque se practicaban recortes sobre recortes y se acumulaban casi un 14% de recorte en el gasto de sanidad en 4 años, y se podría pensar que se debe a que parte de los ciudadanos no habían acudido a un centro sanitario en el último año, pero la literatura nos ha enseñado que el entorno social hace reflejar estas tendencias sin haber precisado un servicio sanitario, lo cual hizo que la opinión de más personas fuese más negativa.

Posteriormente, a partir de 2014 comenzó a recuperarse el gasto en sanidad, aumentando un escaso 0,4%, cosa que no solo resultó inapreciable en la percepción ciudadana, sino que aun siguió creciendo el descontento llegando al resultado más bajo con 62,7 puntos.

En 2015 ya se produjo el primer gran aumento presupuestario con el objetivo de recuperar el gasto perdido en estos años, tras la recuperación económica se subieron 6,1 puntos en un solo año, que tuvo un pequeño reflejo subiendo del mínimo 62,7 a 63,7.

A partir de aquí se produce una subida pareja entre los aumentos presupuestarios en sanidad con la percepción de los ciudadanos encuestados por el CiS.

6 Conclusión Sanidad

Basándonos en diversos estudios que han concluido en que no solo el gasto en sanidad pública es la que define la puntuación de los españoles en las encuestas del CiS se pueden concluir que los recortes en el gasto público aplicados en los primeros años de legislatura del Partido Popular no fueron tan graves como se percibieron en las encuestas del CiS, debido a varias causas actuando como potenciadores de la insatisfacción:

1. El descenso del presupuesto por debajo de 1331€ por habitante que se ha estimado como cifra aproximada el margen de 1331 a 1397€ como una barrera en la percepción de la calidad de los servicios, si se baja de esa ratio por habitante, la valoración ciudadana decrece de forma notable.
2. El descenso generalizado del PIB per cápita, durante los años de recesión mucha gente perdió poder adquisitivo lo cual repercutió en el recorte de los servicios como ya hemos visto por su vinculación a la renta per cápita.
3. Los largos periodos de desempleo afectan duramente a la percepción de los servicios públicos y durante la crisis, como ya conocemos, esta situación se generalizó.
4. La falta de cobertura total, en el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, se excluyó como beneficiados a los mayores de 26 años que no trabajen o lo hayan hecho antes, hizo que empeorara la visión estructural del sistema al perder parte de esa “universalidad”
5. Cabe mención a que la recesión no afectó a todas las Comunidades Autónomas por igual y que en las que tenían una economía más “débil” afectó más el desempleo y la pérdida de poder adquisitivo, agravando lo descrito en el punto 2 y 3.
6. Gran campaña mediática de los medios de comunicación y movilizaciones sociales, que hizo radicalizar la crítica sobre nuestro sistema de salud, reflejándose en la herramienta Google Trends
7. Último y quizá la más importante, en los estudios se ha evidenciado que las variables de tipo contextual y nuestro ambiente socioeconómico tiene una gran influencia en nuestras valoraciones, tanto se haya encuestado a un receptor de servicio sanitario en el periodo estudiado como uno potencial, con lo cual se generó un entorno generalizado de negatividad con respecto a la realidad

Mirando hacia el servicio utilizado (atención primaria, hospitalaria...) se observa:

1. La clarísima diferencia de calidad apreciada entre el servicio de urgencias y todos los demás
2. Notable satisfacción con los médicos especialistas y de atención primaria, especialmente el alto ratio de médico por paciente
3. La alta utilización de los servicios genera una mayor satisfacción pero que esta se ve reducida cuando se trata de una sola enfermedad crónica y cuando tiene que utilizarse maquinaria (no solo la consulta con el médico) probablemente a causa de las largas listas de espera

Con el objetivo de mejorar la percepción de los ciudadanos se ha recomendado fomentar el uso de la atención primaria y acudir al servicio de urgencias por recomendación del médico de cabecera o de atención primaria y no tanto por decisión propia (66% de los casos en 2017)

7 Conclusiones

Adentrarse a comparar los sistemas sanitarios entre los países de la unión europea atendiendo únicamente al gasto por habitante es un grave error, debido a que cada país, aunque comparta un modelo básico, tiene sus propias particularidades que hacen variar la calidad del sistema.

El análisis de los sistemas sanitarios, por tanto, debe realizarse con un conocimiento profundo de la sociedad donde desarrolla y los valores que la caracterizan; solo de esta forma, pueden llegar a entenderse las razones y los aspectos concretos que pueden caracterizar a un sistema sanitario en una sociedad concreta, o como abordan los retos a los que se enfrentan, y de esta forma contextualizar las prácticas diferentes para poder aprender de las mejores.

Del simple análisis presupuestario podemos observar que el sistema de sanidad público estaría quebrado si no fuese por la existencia de un mercado privado de sanidad que representa aproximadamente un 30% del gasto sanitario total nacional, y que estas personas con seguro privado, no salen del sistema nacional de salud, sino que siguen contribuyendo sin posibilidad de escape ni flexibilización.

Las características territoriales de España (dispersión) generan que se tenga que ofrecer un servicio sanitario de peor calidad en las zonas más despobladas de España para poder proporcionar una atención mínima a la población que vive en zonas rurales poco habitadas.

La inversión en tecnología es uno de los grandes culpables tanto del aumento de la esperanza de vida, como del aumento de los grandes centros hospitalarios como del aumento del presupuesto, que a pesar de los recortes no se ha detenido la inversión en estos activos, estos en definitiva se muestran como un activo muy importante a futuro que no hay que descuidar.

Acerca de los determinantes del gasto sanitario se observa de la literatura previa, que el aumento de la tasa de dependencia, evidentemente tiene una repercusión en el gasto sanitario y lo tendrá a medio y largo plazo, pero no es el mayor causante del incremento del gasto sanitario. El aumento de la renta per cápita y los factores residuales han causado casi la totalidad del aumento del gasto sanitario.

Sobre el desglose territorial del gasto sanidad, como hemos visto durante todo el trabajo hay una gran disparidad entre el gasto que realiza cada región en salud, al ser una competencia cedida a las Comunidades Autónomas estas gestionan el alcance presupuestario de este servicio, y se puede esperar que esta descentralización favoreciese la calidad de la información de demanda y ofreciese un servicio más apropiado para los problemas específicos de cada región, pero a grandes rasgos, se refleja lo que hemos podido comprobar en este trabajo, que la renta per cápita es un factor primordial en el gasto presupuestario y esto se refleja en las comunidades con menor nivel de renta, estas tienen unos servicios sanitarios peores que las regiones más “ricas” de España. Este sistema de 17 pequeños sistemas ha venido siendo criticado tanto desde la ciudadanía como de informes externos

Como aportación a la literatura, poniendo en relación las valoraciones de los ciudadanos en las encuestas del CiS con relación al presupuesto de sanidad, no se aprecia una correlación estrecha, sí que se aprecian tendencias, que responden a los cambios presupuestarios, pero es ingenuo pensar que solo responde a esto, sino a muchos factores socio-culturales y como cuenta la literatura previa, a factores ambientales, valoraciones subjetivas por factores determinantes que generan insatisfacción, usuarios potenciales influenciados por su entorno, regiones con mejor y peor nivel económico...

8 Bibliografía

Abraham Ptachya , L. (1944) *Economía del control*. Nueva York. Macmillan

Banco de España (2011) Eficiencia y regulación en el gasto sanitario en los países de la OCDE. Hernández de Cos, P y Moral-Benito, E.

Blázquez Fernández, C. Cantarero Prieto, D. Pascual Sáez, M. (2014) Experiencia comparada europea y el reto de la descentralización sanitaria En Blázquez Fernández, C. Cantarero Prieto, D. Pascual Sáez, M. En: Estudios de economía aplicada

Consejo general de enfermería. (2014) Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión europea

Determinantes del gasto sanitario: Un análisis empírico para el caso europeo (2006) Cantarero Prieto, D.

Estimación de la oferta y demanda de médicos especialistas. ESPAÑA 2018-2030 (2018) Barber Pérez. P. y González López-Valcárcel, B.

El Sistema sanitario en España, entre lo que no acaba de morir y lo que no termina de nacer (2016). López i Casanovas, G. y González López-Valcárcel, B.

Fontova Almató, A. (2015) *Estudio de la satisfacción de pacientes y profesionales en un servicio de urgencias hospitalario*. Tesis Doctoral. Universidad de Gerona.

González Araujo, A. (2018) *Determinantes del Gasto Sanitario Español*. Trabajo de Fin de Grado. Universidad de Valladolid.

Gracia Pablos (2017) “¿Cómo se organiza la Sanidad en Europa?” *El Mundo*, 19 de mayo. Disponible en <https://www.elmundo.es/grafico/ciencia-y-salud/salud/2017/05/19/591eea5222601dc9358b467b.html>

Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad. (2018) Sanidad Privada, Aportando Valor Análisis de Situación 2018

Ministerio de Sanidad. (2017) Estadística de gasto sanitario público 2017. ROBLCM

Ministerio de Sanidad. (2018) Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público

Musgrave, Richard A. (1959). *La Teoría de la Hacienda Pública: Un Estudio en Economía Pública*.

Organización mundial de la salud (2015) Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud

Professor Arne, B. (2017). *Euro Health Consumer Index 2016*

Rallo Julián, J.R. (2014) *Una revolución liberal para España*. Barcelona. Deusto.

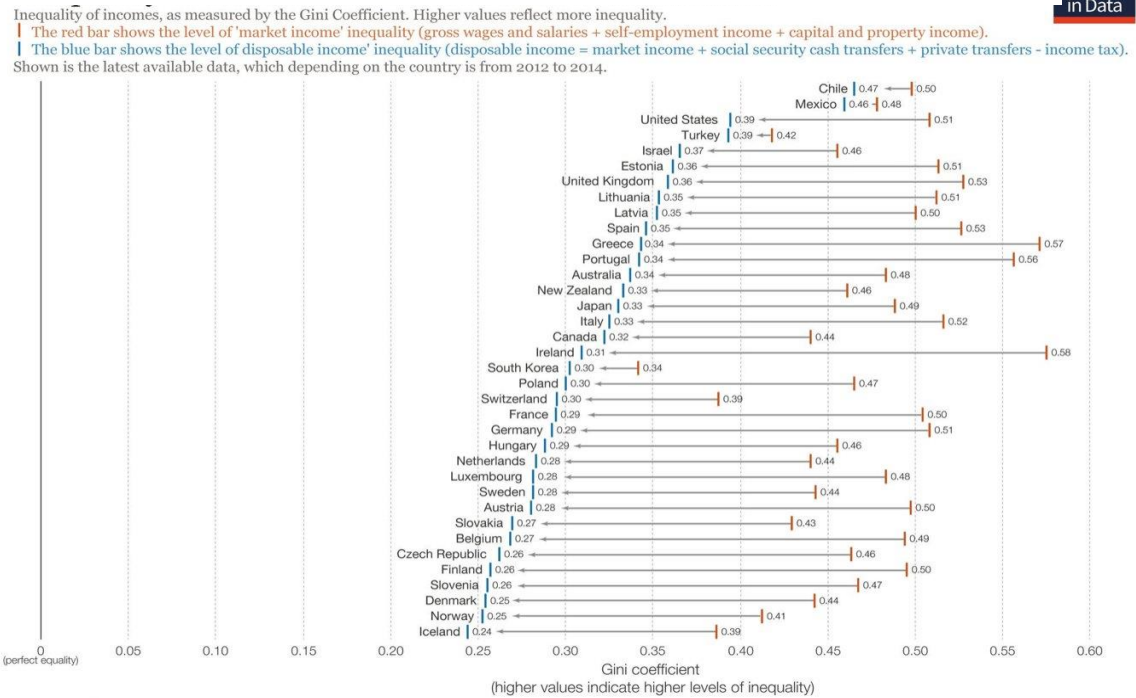
Rallo Julián, Juan Ramón (2014). “La sanidad estadounidense no es un ejemplo de libre mercado” *Libremercado* 27 de abril. Disponible en <https://www.libremercado.com/2014-04-27/juan-ramon-rallo-la-sanidad-estadounidense-no-es-un-ejemplo-de-libre-mercado-71407/>

Relevancia del contexto socioeconómico y sanitario en la satisfacción del paciente (2017) Pérez-Romero, S. J Gascón-Cánovas, J.J. Salmerón-Martínez, D. Parra-Hidalgo, P y Monteagudo-Piqueras, O.

Satisfacción del paciente en el Sistema Nacional de Salud español (2018). Valls Martínez M.C. Abad Segura, E.

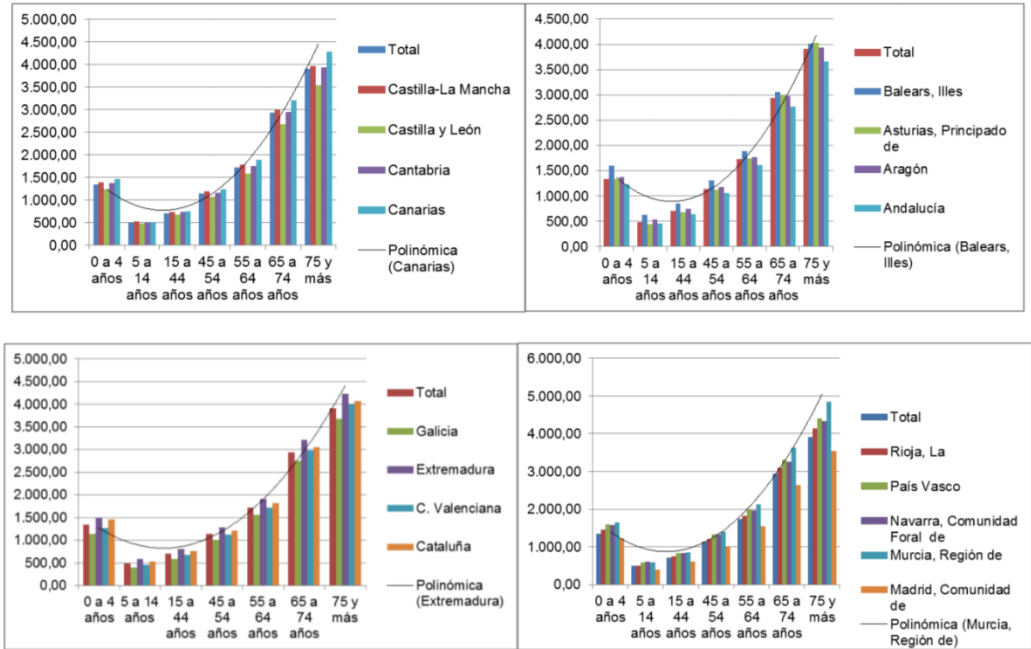
9 Anexos

Gráfica 1. Desigualdad antes y después de la redistribución medido a través del Índice de Gini



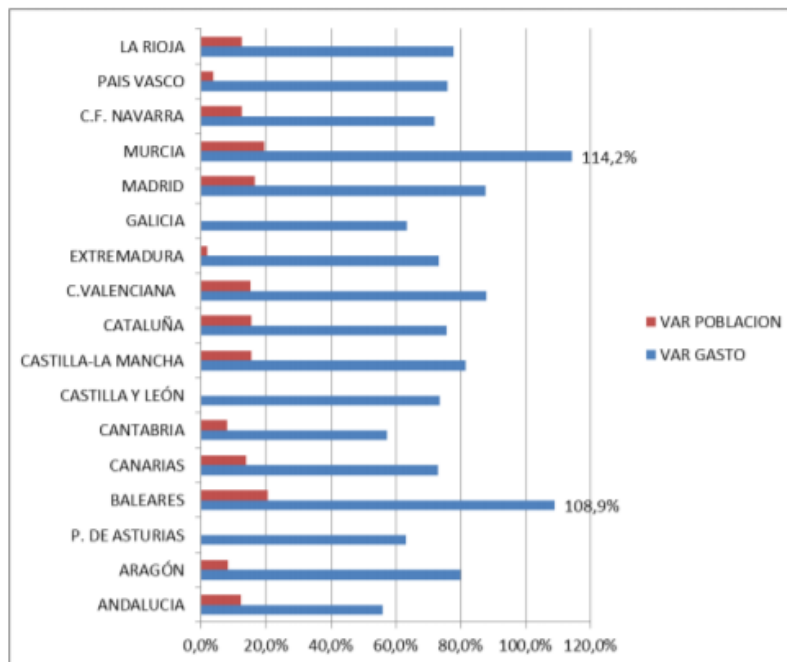
Fuente: OCDE

Gráfica 2. Distribución del gasto sanitario por persona y edad



Fuente: MSSSI e INE

Gráfica 3. Variación de la población y del gasto por Comunidad Autónoma en el periodo 2002-2015



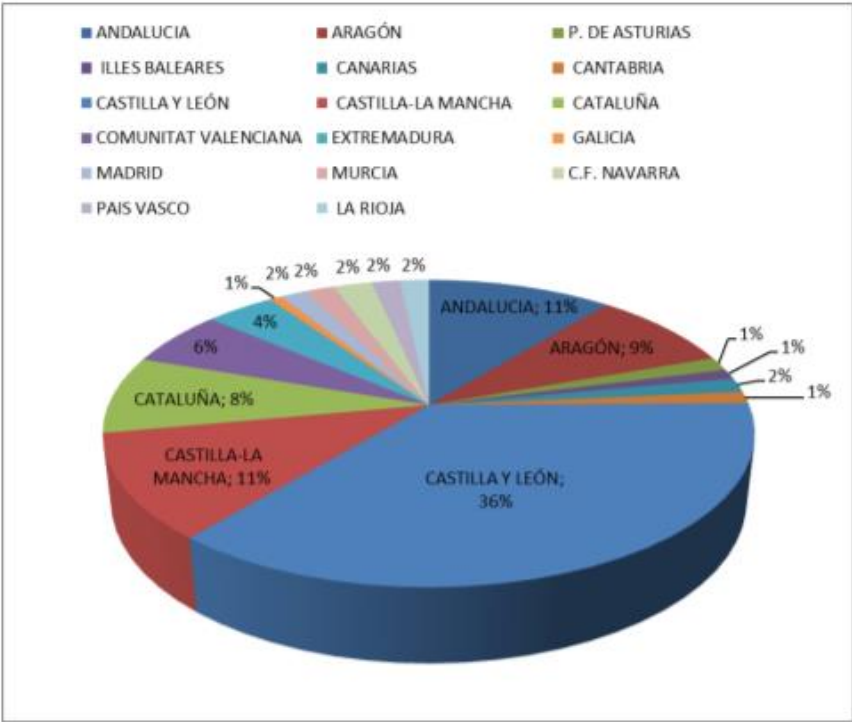
Fuente: MSSSI e INE

Gráfica 4. Densidad de la población por comunidades autónomas



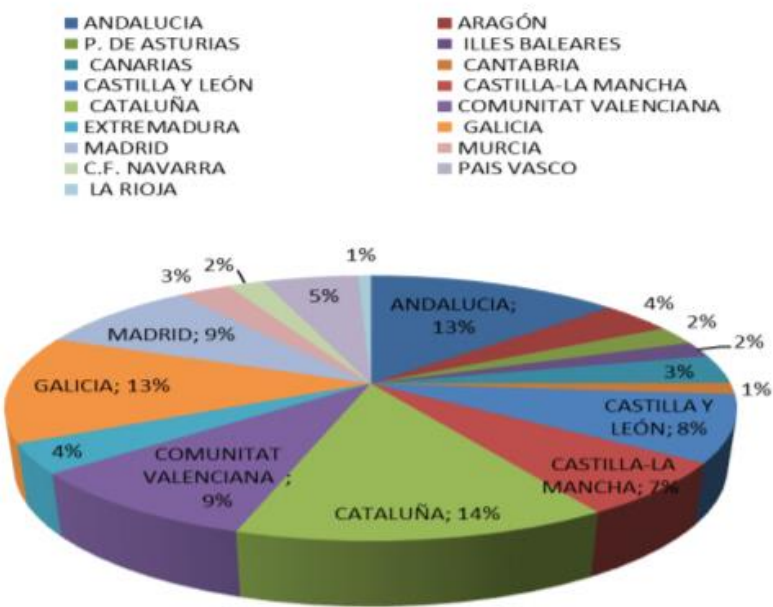
Fuente: INE

Gráfica 5. Proporción de consultorios en España por comunidad autónoma



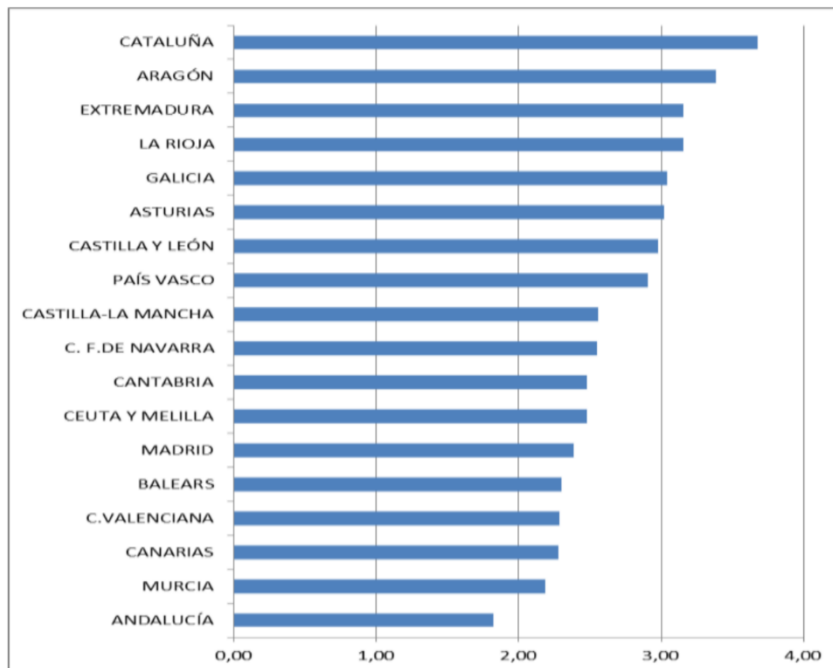
Fuente: MSSSI

Gráfica 6. Proporción de centros de salud en España por comunidad autónoma



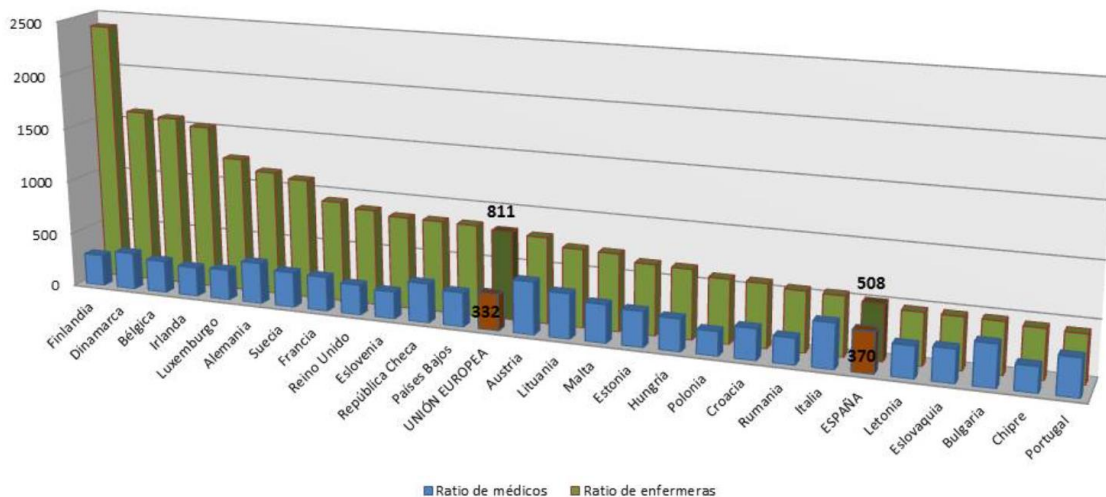
Fuente: MSSSI

Gráfica 7. Camas en hospitales públicos por cada 1000 habitantes



Fuente: INE

Gráfica 8. Ratio de médicos y enfermeras en la Unión Europea



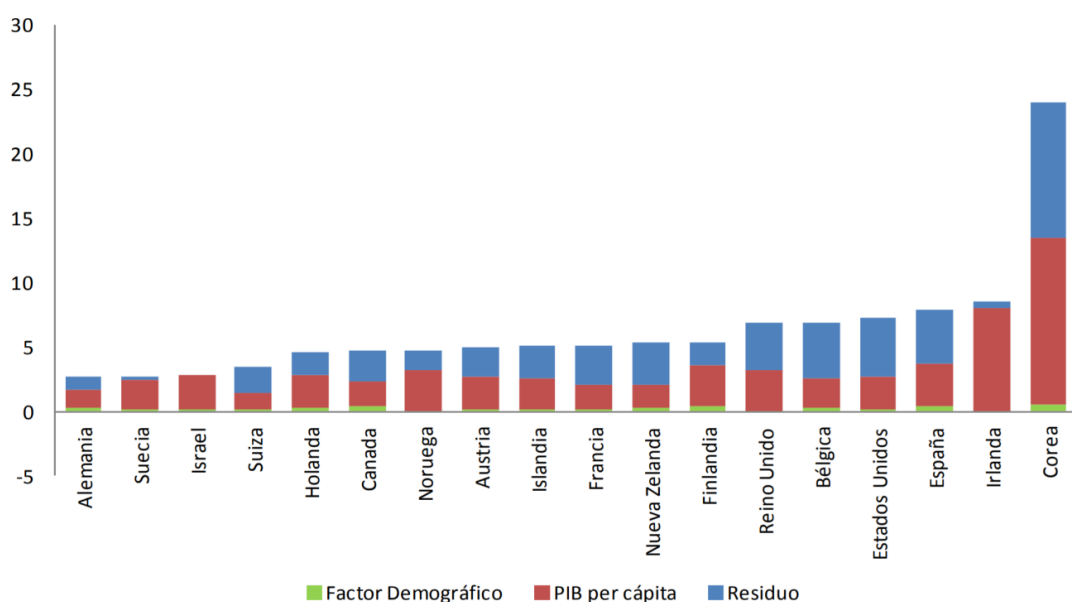
Fuente: Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea 2014

Gráfica 9. Dotación tecnológica por millones de habitantes. Años 2010-2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Públicos-SNS						
<i>Acelerador Lineal</i>	3,36	3,60	3,70	3,67	3,83	4,01
<i>Angiógrafos</i>	3,67	3,79	4,05	3,93	4,00	4,07
<i>Densitómetros</i>	2,41	2,49	2,73	2,73	2,78	2,89
<i>Equipos de Hemodiálisis</i>	77,33	79,54	82,47	83,96	87,01	89,18
<i>Gammacámaras + SPECT</i>	4,67	4,66	4,77	4,61	4,71	4,76
<i>Litotriptores</i>	1,06	1,00	1,02	1,03	1,12	1,12
<i>Mamógrafos</i>	8,75	9,13	9,16	8,97	9,00	9,18
<i>PET</i>	0,56	0,67	0,74	0,75	0,84	0,84
<i>RNM</i>	5,58	6,03	6,22	6,33	6,63	7,02
<i>Salas de Hemodinámica</i>	3,34	3,36	3,83	3,46	3,49	3,38
<i>TAC</i>	10,77	11,30	11,55	11,46	11,58	12,00

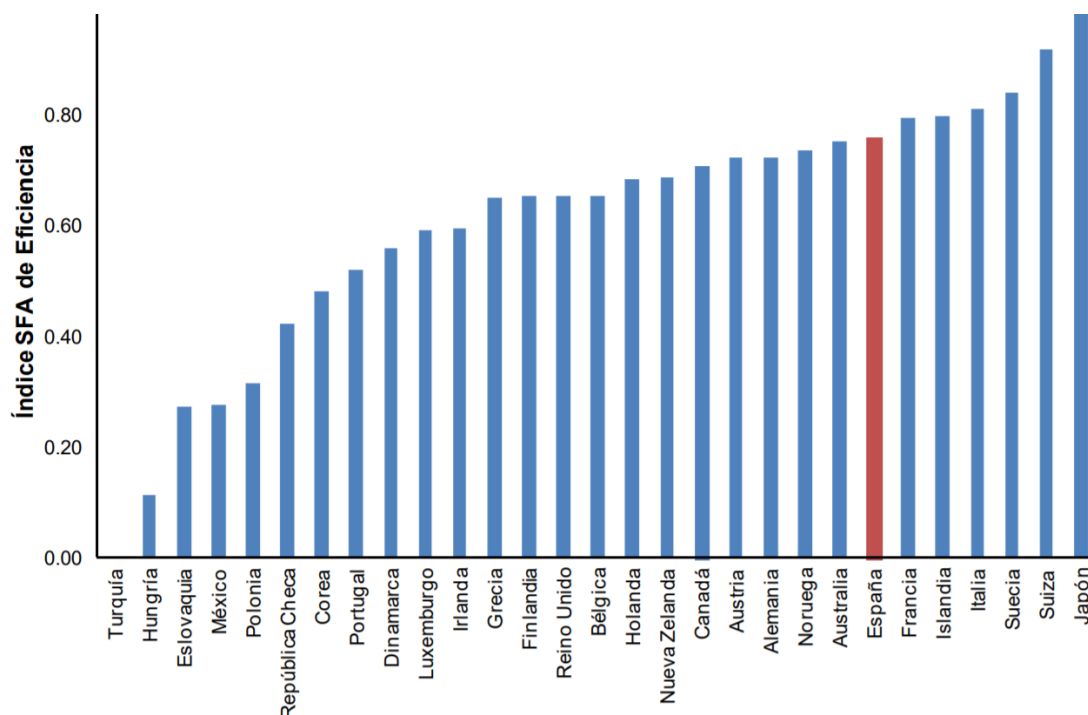
Fuente: MSSSI

Gráfica 10. Descomposición del gasto sanitario 1980 - 2008



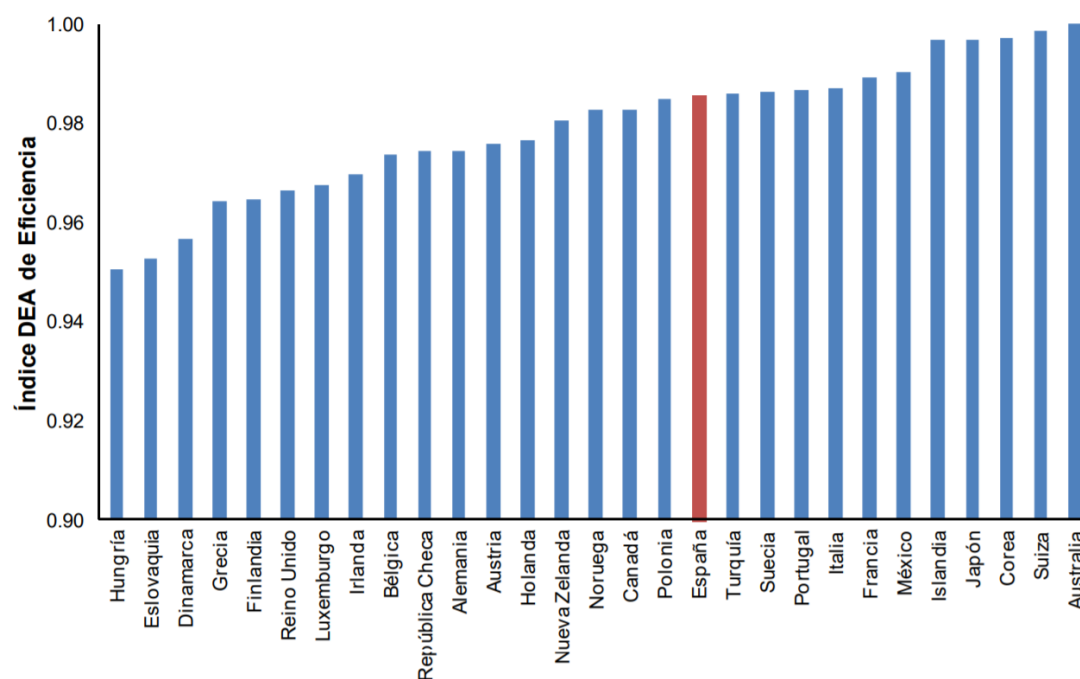
Fuente: Eficiencia y regulación en el gasto sanitario de los países en la OCDE. 2011. Banco de España

Gráfica 11. Índice de Eficiencia SFA por países



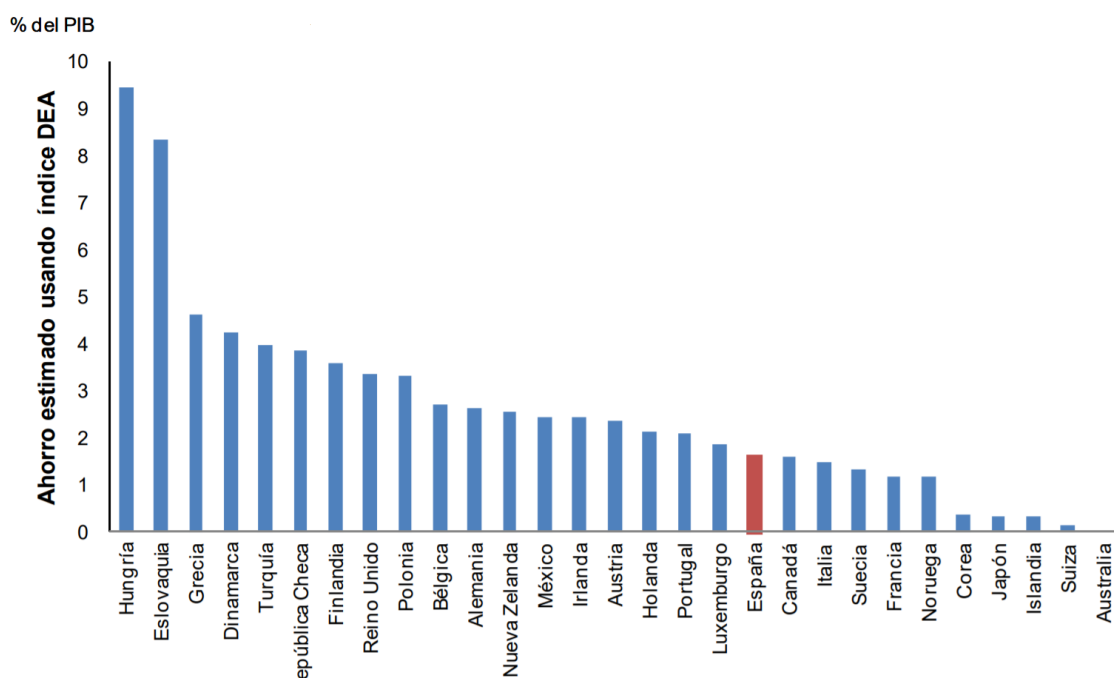
Fuente: Eficiencia y regulación en el gasto sanitario de los países en la OCDE. 2011. Banco de España

Gráfica 12. Índice de Eficiencia DEA por países



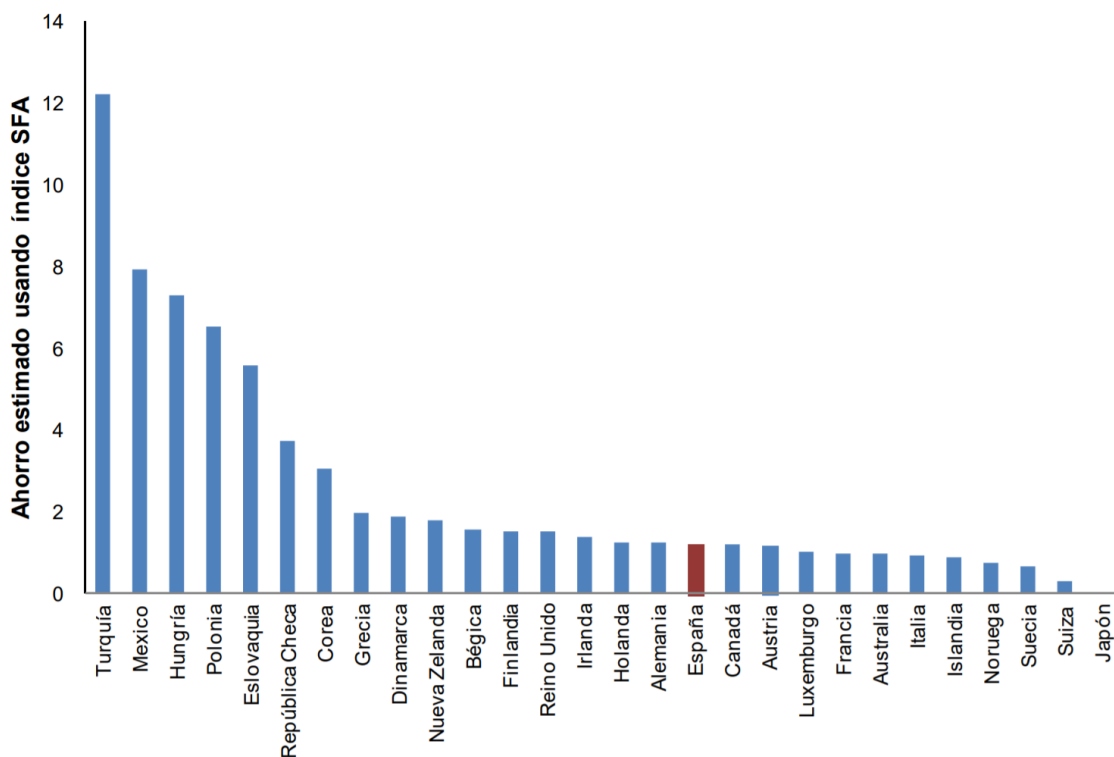
Fuente: Eficiencia y regulación en el gasto sanitario de los países en la OCDE. 2011. Banco de España

Gráfica 13. Ahorro potencial en el gasto sanitario en % PIB se si alcanzara el máximo nivel de eficiencia



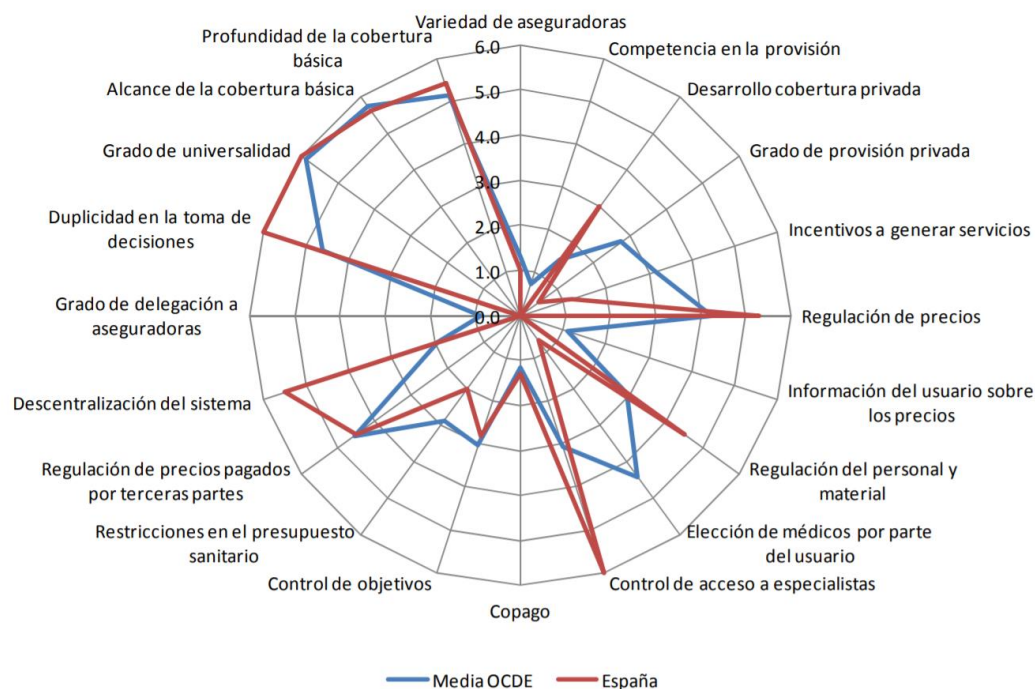
Fuente: Eficiencia y regulación en el gasto sanitario de los países en la OCDE. 2011. Banco de España

Gráfica 14. Ahorro potencial en el gasto sanitario en % PIB se si alcanzara el máximo nivel de eficiencia



Fuente: Eficiencia y regulación en el gasto sanitario de los países en la OCDE. 2011. Banco de España

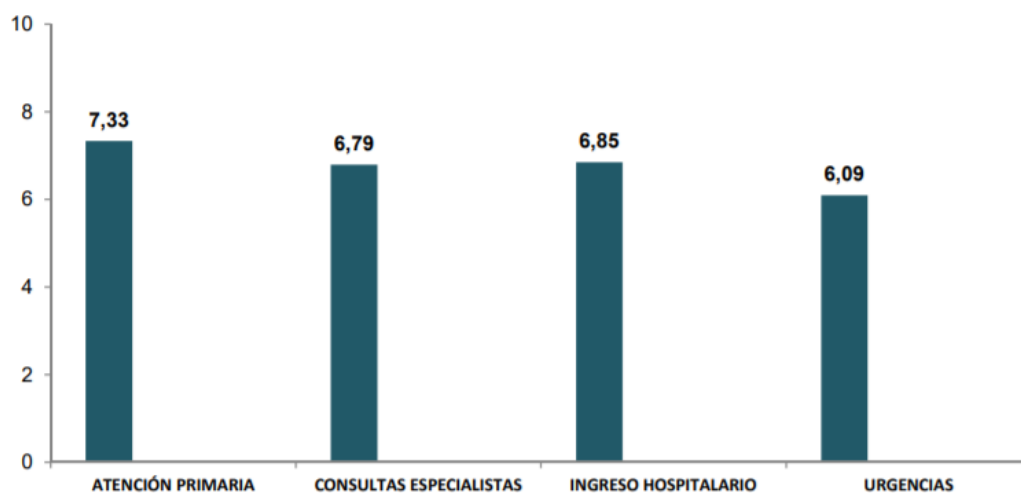
Gráfica 15. Indicadores de política e instituciones sanitarias



Fuente: OCDE (2010)

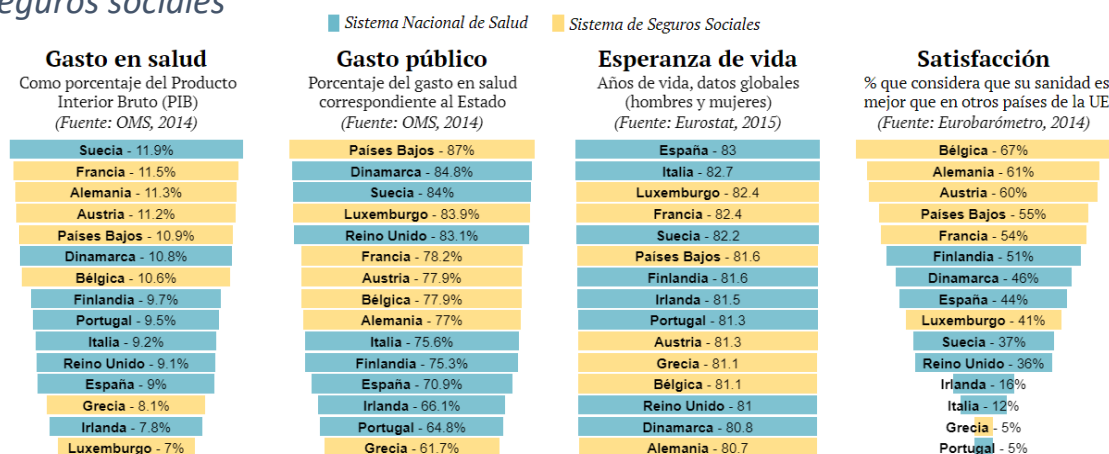
Nota: Cada uno de los indicadores toma valores de 0 a 6, indicando el 6 que la política es muy utilizada

Gráfica 16. Valoración media de diferencia servicios sanitarios públicos



Fuente: Barómetro Sanitario 2017

Gráfica 17. Comparaciones entre sistemas nacionales de salud y sistema de seguros sociales



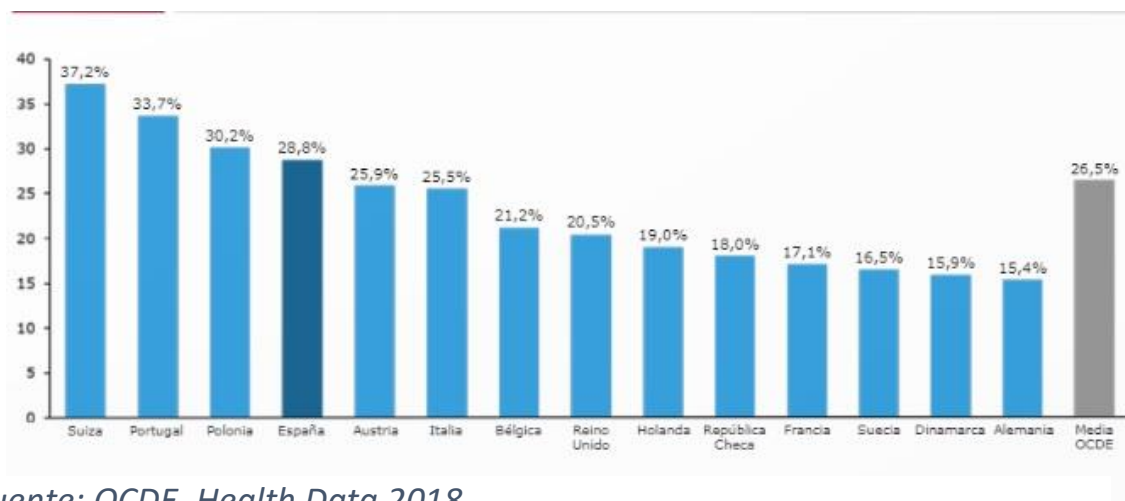
Fuentes: OMS (2014), Eurostat (2015) Eurobarómetro (2014)

Gráfica 18. Evolución del gasto privado en salud



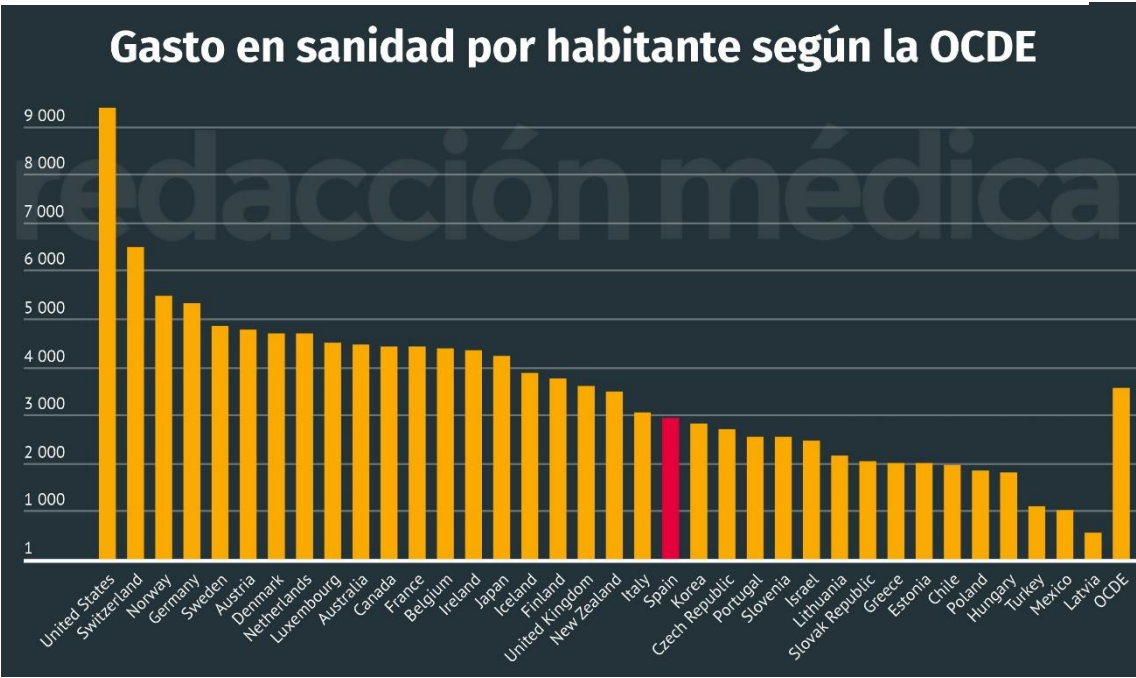
Fuente: OCDE, Health Data 2018

Gráfica 19. Comparación del gasto privado en sanidad con países OCDE



Fuente: OCDE, Health Data 2018

Gráfica 20. Gasto en sanidad por habitante según la OCDE



Fuente: OCDE

Gráfica 21. Gasto sanitario público consolidado

	2013	2014	2015	2016	2017
Millones de euros	61.702	61.943	65.735	66.679	68.483
Porcentaje sobre PIB	6,0%	6,0%	6,1%	6,0%	5,9%
Euros por habitante	1.320	1.332	1.415	1.436	1.472

Fuente: Estadística de gasto sanitario público 2017

Gráfica 22. Gasto sanitario público consolidado, desglosado por partidas

	2013	2014	2015	2016	2017
Remuneración de personal	27.664	27.767	28.886	29.604	30.181
Consumo intermedio	14.459	14.703	16.793	16.816	17.256
Consumo de capital fijo	305	287	282	266	257
Conciertos	7.131	7.195	7.512	7.414	7.625
Transferencias corrientes	11.220	11.119	11.227	11.631	12.038
Gasto de capital	923	872	1.036	948	1.126
Total consolidado	61.702	61.943	65.735	66.679	68.483

Fuente: Estadística de gasto sanitario público 2017

Gráfica 23. Gasto sanitario público consolidado

	2013	2014	2015	2016	2017
Servicios hospitalarios y especializados	37.401	38.010	41.093	41.571	42.533
Servicios primarios de salud	9.124	9.033	9.343	9.528	9.742
Servicios de salud pública	667	657	674	753	763
Servicios colectivos de salud	1.993	1.744	1.890	1.808	1.853
Farmacia	10.456	10.389	10.483	10.849	11.223
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	1.138	1.238	1.216	1.221	1.243
Gasto de capital	923	872	1.036	948	1.126
Total consolidado	61.702	61.943	65.735	66.679	68.483

Fuente: Estadística de gasto sanitario público 2017

Gráfica 24. Gasto sanitario público consolidado

	2013	2014	2015	2016	2017
Administración Central	728	614	622	610	656
Sistema de Seguridad Social	1.441	1.476	1.533	1.582	1.613
Mutualidades de Funcionarios	2.079	2.096	2.144	2.173	2.102
Comunidades Autónomas	56.760	57.100	60.749	61.643	63.494
Corporaciones Locales	694	656	688	672	617
Total consolidado	61.702	61.943	65.735	66.679	68.483

Fuente: Estadística de gasto sanitario público 2017

Gráfica 27. Gasto sanitario público consolidado desglosado por Comunidades Autónomas

	Millones de euros	Porcentaje sobre PIB	Euros por habitante
Andalucía	9.692	6,2%	1.153
Aragón	2.048	5,6%	1.556
Asturias (Principado de)	1.681	7,3%	1.625
Balears (Illes)	1.557	5,1%	1.353
Canarias	2.875	6,5%	1.334
Cantabria	850	6,4%	1.462
Castilla y León	3.687	6,5%	1.514
Castilla-La Mancha	2.783	6,9%	1.363
Cataluña	10.330	4,6%	1.388
Comunitat Valenciana	6.804	6,3%	1.379
Extremadura	1.708	9,1%	1.585
Galicia	3.910	6,5%	1.443
Madrid (Comunidad de)	8.121	3,7%	1.254
Murcia (Región de)	2.269	7,5%	1.540
Navarra (Comunidad Foral de)	1.030	5,2%	1.608
País Vasco	3.707	5,2%	1.710
Rioja (La)	444	5,4%	1.420
Comunidades Autónomas	63.494	5,5%	1.370

Fuente: Estadística de gasto sanitario público 2017

Gráfica 28 Búsquedas en Google de “Recortes Sanidad” medido con Google Trends



Fuente: Elaboración propia con herramienta Google Trends

Tabla 2 Ingresos medios de los médicos en Estados Unidos

1. Cirugía plástica: \$501.000/año	16. Obstetricia y Ginecología: \$300.000/año
2. Ortopedia: \$497.000/año	17. Nefrología: \$294.000/año
3. Cardiología: \$423.000/año	18. Patología: \$386.000/año
4. Gastroenterología: \$408.000/año	19. Psiquiatría: \$273.000/año
5. Radiología: \$401.000	20. Alergias e Inmunología: \$272.000
6. Dermatología: \$309.930/año	21. Medicina Física y Rehabilitación: \$269.000/año
7. Anestesiología: \$386.000/año	22. Reumatología: \$257.000/año
8. Otorrinolaringología: \$383.000/año	23. Neurología: \$244.000/año
9. Urología: \$373.000/año	24. Enfermedades Infecciosas: \$231.000/año
10. Oncología: \$363.000/año	25. Medicina Interna: \$230.000/año
11. Oftalmología: \$357.000/año	26. Medicina de Familia: \$219.000/año
12. Cuidado Crítico: \$354.000/año	27. Diabetes y Endocrino: \$212.000/año
13. E.R. (Emergencias): \$350.000/año	28. Pediatría: \$212.000/año
14. Cirugía General: \$322.000/año	29. Salud Pública y Preventiva: \$199.000/año
15. Pulmón: \$321.000/año	

Fuente: Medscape Physician Compensation Report

Tabla 2. Proyecciones del incremento del gasto sanitario como % del PIB

Organismo	CE	OCDE	FMI
Período	2007-2060	2005-2050	2010-2050
Países	Unión Europea	OCDE	Avanzados
Escenario Central	1,5 pp.	-	3,0 pp.
Intervalo Confianza	0,7 - 2,4 pp.	2,0 - 3,9 pp.	2,1 - 4,1 pp.
Escenario Central (España)	1,6 pp.	-	1,6 pp.
Intervalo Confianza (España)	1,0 - 2,6 pp.	2,3 - 4,1 pp.	0,8 - 2,4 pp.

Fuente: CE (2009), Oliveira et al (2006) y FMI (2010)